



HAL
open science

Le syndrome de Lacomme : quelle prise en charge ?

Elsa Barré

► **To cite this version:**

Elsa Barré. Le syndrome de Lacomme : quelle prise en charge ?. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00872291

HAL Id: dumas-00872291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00872291v1>

Submitted on 11 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Ecole de Sages-Femmes de Caen

Le syndrome de Lacomme : Quelle prise en charge ?

Mémoire présenté et soutenu par

Elsa Barré

Née le 7 Juillet 1989

En vue de l'obtention du diplôme d'état

De Sage-femme

Promotion 2009/2013

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- ✓ Le Dr Christine Denoual, directrice de ce mémoire, pour son aide et ses suggestions,
 - ✓ Claire Bouet, pour sa disponibilité, ses encouragements et ses précieuses relectures,
 - ✓ Les professionnels de santé qui ont accepté de me recevoir en entretien,
 - ✓ Et toutes les personnes qui m'ont permis de mener ce projet à bien.
-
- ✓ Pour ces quatre années d'études, les sages-femmes enseignantes qui font de nous les professionnels de demain,
 - ✓ Mes collègues de promotion pour tous ces moments partagés,
-
- ✓ Et tous mes amis avec une mention spéciale pour Nono, Denis et La Star,
 - ✓ Sans oublier mes coloc's, Lulu.
-
- ✓ Merci à mes parents et à mon frère, à ma famille pour m'avoir soutenue.

Sommaire

Introduction.....	1
PREMIERE PARTIE	
I- Historique.....	2
II- Définition du syndrome de Lacomme.....	3
III- Etiopathogénie	
3.1 Anatomie fonctionnelle du bassin obstétrical.....	5
3.2 Etiologies.....	7
3.3 Facteurs de risque.....	8
IV- Diagnostic	
4.1 Interrogatoire.....	8
4.2 Examen physique	9
4.3 Tests cliniques spécifiques.....	9
4.4 Examens complémentaires.....	11
V- Diagnostics différentiels.....	12
VI- Pronostic et évolution.....	12
VII- Prise en charge actuelle	
7.1 Thérapeutiques médicamenteuses.....	13
7.2 Thérapeutiques non médicamenteuses ou alternatives.....	14
DEUXIEME PARTIE	
I- Méthodologie	
1.1 La population.....	19
1.2 Méthode.....	19
II- Résultats	
2.1 Généralités.....	21

2.2 Caractéristiques de l'apparition des algies.....	28
2.3. Evolution des algies pelviennes apparues avant 24 SA.....	32
2.4. Prise en charge.....	35
2.5. Bilan.....	38

TROISIEME PARTIE

I- Critique de l'étude

1.1. Les limites.....	40
1.2. Les atouts	40

II- Analyse et discussion

2.1. Les facteurs n'ayant pas d'influence.....	41
2.2 Les facteurs de risque vrais.....	42
2.3. Les autres facteurs.....	44
2.4. Caractéristiques des algies de la ceinture pelvienne.....	44
2.5. Le diagnostic et ses modalités.....	47
2.6. La prise en charge.....	48
2.7. Modification du vécu de la grossesse.....	54
2.8. Attentes et besoins exprimés par les patientes	54

III- Propositions

3.1. L'information des professionnels de santé.....	55
3.2 Le libre accès aux thérapeutiques.....	55
3.3 La place de la sage-femme.....	56

Conclusion.....	57
------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.....	58
---------------------------	-----------

ANNEXE I.....	61
----------------------	-----------

ANNEXE II.....	75
-----------------------	-----------

ANNEXE III.....	76
------------------------	-----------

Abréviations

- ✓ PPGP Pregnancy related pelvic girdle pain
- ✓ PGP Pelvic Girdle Pain
- ✓ SA Semaines d'Aménorrhée
- ✓ IMC Indice de Masse Corporelle
- ✓ PNP Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- ✓ ACPWH Association of chartered physiotherapists in women health

INTRODUCTION

La grossesse est une étape physiologique importante dans la vie d'une femme.

La plupart des futures mères espèrent la vivre de manière épanouie et sereine, sans douleur ni désagrément, mais c'est sans compter sur les « petits maux de la grossesse ».

Les douleurs ostéo-articulaires de la ceinture pelvienne, plus communément appelées douleurs ligamentaires ou syndrome de Lacomme en font partie.

Elles sont liées à des modifications physiques et biologiques indispensables au maintien de la grossesse, à la préparation de l'accouchement et touchent environ 20 % des femmes enceintes. Sans pour autant être pathologiques, elles peuvent être gênantes dans la vie quotidienne et devenir invalidantes provoquant, à l'extrême, l'alitement de la femme.

En tant qu'experts de la grossesse, nous sommes confrontés quotidiennement à cette symptomatologie et pourtant ces douleurs sont banalisées par certains d'entre nous. C'est pourquoi, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire un point sur les modalités thérapeutiques actuelles en sachant que la grossesse modifie l'approche thérapeutique contre la douleur.

Notre travail a également pour objectif d'évaluer l'ampleur des thérapeutiques alternatives par rapport aux thérapeutiques médicamenteuses.

Nous sommes partis du postulat que les thérapeutiques alternatives, telles que l'ostéopathie ou l'acupuncture, sont peu conseillées par les professionnels de santé alors qu'elles semblent être une bonne option pour soulager les douleurs pelviennes.

Nous débuterons ce travail par une revue de la littérature à propos du syndrome de Lacomme : sa définition, ses mécanismes et ses prises en charge connues.

Ensuite, nous présenterons les résultats d'une étude prospective de quatre mois réalisée auprès des femmes enceintes suivies au CHU et à la Polyclinique du Parc de Caen.

Enfin, nous comparerons les résultats aux données de la littérature et discuterons les points essentiels qui nous permettront de répondre à nos questionnements et de faire des propositions.

PREMIERE PARTIE

I- Historique

Les premiers écrits sur le syndrome de Lacomme datent de la fin du XVIIème-début XVIIIème siècle où il était décrit des douleurs touchant les reins, les cuisses et l'aîne. Elles débutaient le plus souvent au troisième trimestre et disparaissaient après l'accouchement, se manifestaient quand les femmes se mettaient à genoux et s'accroissaient à la mise en mouvement.

Les hommes disaient de ces femmes qu'elles étaient indolentes, paresseuses puisqu'elles ne pouvaient ni marcher ni monter les escaliers. Ainsi, certains pensaient que les jupes trop serrées de ces dames tiraient sur leur ventre et induisaient les tiraillements ligamentaires.

A cette époque, afin d'être soulagées, les femmes changeaient souvent de position en dormant et elles imbibaient les zones douloureuses d'adouçissants, de lavements émollients ou d'un cataplasme à base de plantes (orties grièches, herbes traînantes des cimetières, salpêtre blanc, sel et vinaigre).

Aussi, pour diminuer la pléthore (excès des humeurs et du sang), elles pouvaient faire des saignées répétées.

Au XIXème siècle, la ceinture de Martin (ceinture de grossesse) apparaît en France. Elle s'inspire de celle qu'utilisent les nipponnes depuis le XIIe siècle.

La ceinture de Martin se composait d'un cercle épais de quatre centimètres fait de fer ou d'acier, comme celui des roues d'une voiture, qui se moule autour du bassin et se serre en avant à l'aide d'une courroie reliée à une boucle ou grâce à des boutons métalliques.

Elle permettait aux femmes souffrant de douleurs invalidantes de remarcher sans problème. Et pour celles dont les douleurs étaient moindres, une ceinture en cuir matelassé plus légère ou une large bande élastique était proposée.

Au même moment fut émise l'hypothèse d'une forme d'ostéomalacie à l'origine des douleurs. C'est pourquoi, afin de limiter les pertes calciques, les femmes ne devaient pas allaiter et avaient une alimentation riche en calcium associée à des sels de chaux.

C'est au XXème siècle, en 1920, qu'Hisaw révéla l'existence de la relaxine chez le cobaye [1]. Cette hormone, en présence de folliculine et de progestérone, peut induire par des mécanismes que nous verrons ultérieurement des douleurs de la symphyse pubienne [2].

Puis, en 1942, Maurice Lacomme décrit le relâchement des symphyses comme faisant partie d'un syndrome qu'il nomma ostéo-musculo-articulaire abdomino-pelvien bénin.

Il retrouva une hypokaliémie chez 60 % des patientes qui souffraient. Pour pallier à cela, il proposa des injections de Chlorure de potassium (KCl 1%) qui montrèrent leur efficacité dans le soulagement des douleurs pelviennes dans de nombreux cas, mais le relais per os fut un échec.

Les injections d'anesthésiques locaux, très efficaces mais très douloureuses, firent partie des autres essais thérapeutiques qui virent le jour au même moment. Cependant, ils tombèrent en désuétude [1].

II- Définition du syndrome de Lacomme

Le syndrome de Lacomme ou syndrome « ostéo-musculo-articulaire abdomino-pelvien bénin », du nom de celui qui le décrit au XX^{ème} siècle en France [1].

Dans les pays anglo-saxons, l'expression « pregnancy related pelvic girdle pain (PPGP) » apparaît en 2005 comme étant la plus adaptée pour définir le syndrome pendant la grossesse [3].

Etabli en 2008 par le « Working Group 4 (WG4) », le guide de recommandations européennes pour le diagnostic et le traitement du « pelvic girdle pain (PGP) » a pour objectif d'harmoniser les pratiques au niveau européen en proposant la méthode diagnostique optimale et les traitements retenus comme étant les plus efficaces pour réduire les douleurs et améliorer les capacités fonctionnelles des patients. Les résultats présentés sont basés sur une revue de la littérature incluant 155 articles de revues, pour majorité provenant de la base Cochrane.

Le WG4 proposa une définition pour le syndrome :

« Le PGP survient souvent à l'occasion d'une grossesse, d'un traumatisme ou lorsqu'il y a une arthrite ou une arthrose.

La douleur prend son origine entre la crête iliaque postérieure et le sillon inter fessier, et surtout au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Elle peut irradier en postérieur dans les cuisses et, conjointement ou non, en regard de la symphyse pubienne.

La capacité à marcher, se tenir debout et assis est altérée chez les patients souffrant de ce syndrome.

Le diagnostic de douleur de la ceinture pelvienne est évoqué après avoir exclu une étiologie lombaire et sera confirmé ou infirmé grâce à des tests reproduisant les douleurs ressenties chez les patients » [4].

Selon Albert et al [5], les symptômes douloureux peuvent être classés en 5 classes selon leur localisation :

1. Le « Pelvic girdle syndrome » englobe la symphyse pubienne en avant et les deux articulations sacro-iliaques en arrière ;
2. Le « Double-sided sacroiliac syndrome » inclut les deux articulations sacro-iliaques ;
3. Le « Single-sided sacroiliac syndrome » touche une seule articulation sacro-iliaque ;
4. Le « Symphysiolysis » définit les douleurs antérieures dont les plus fréquentes sont celles de la symphyse pubienne ;
5. Le « Miscellaneous » correspond à des symptômes mixtes.

L'apparition des symptômes se fait de manière brutale ou insidieuse [3], le plus souvent entre 24 et 36 semaines d'aménorrhée. Toutefois, des douleurs peuvent apparaître dès la 18^{ème} semaine d'aménorrhée [6].

Sa prévalence pendant la grossesse avoisine les 20 % (entre 16 et 25 % selon les études) [3] [4]. La meilleure connaissance du syndrome dans les pays nordiques comme la Scandinavie ou les Pays-Bas induit une augmentation de la fréquence du diagnostic, donc de la prévalence [3].

III- Etiopathogénie

La grossesse modifie la statique pelvienne entraînant une compression articulaire pelvienne. Un contrôle neuromusculaire efficace est le gage d'une stabilité articulaire conservée et sans algies pelviennes [4].

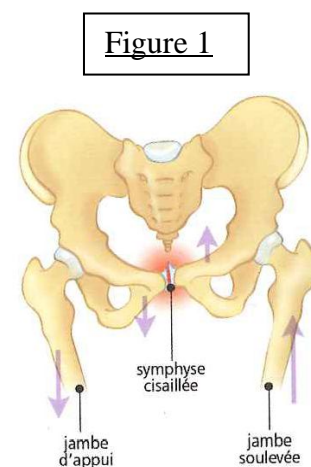
3.1 Anatomie fonctionnelle du bassin obstétrical

3.1.1 La stabilité articulaire

La stabilité articulaire correspond à une adaptation efficace des articulations aux contraintes mécaniques par l'intermédiaire d'une cohésion adéquate et optimale des surfaces articulaires. Elle résulte de la gravité et de l'action coordonnée des muscles et des ligaments pour produire des forces de réaction articulaire adaptées à chaque situation. La stabilité optimale du pelvis est obtenue lorsque la balance entre la performance (niveau de stabilité) et l'effort est optimisée, ce qui permet de transmettre les charges du tronc aux jambes et de minimiser les forces de cisaillement [4].

3.1.2 Les articulations pelviennes

- La symphyse pubienne : c'est la réunion des deux os iliaques par une unité ligamentaire (ligament interosseux ou disque interpubique et un manchon fibreux périosté de 4 ligaments : antérieur, postérieur, supérieur et inférieur ou arqué). En dehors de la grossesse, la symphyse pubienne ne peut effectuer aucun mouvement. L'imprégnation hormonale gestationnelle permet de légers mouvements latéraux écartant légèrement les deux os pubiens [1], ce qui provoque à la marche l'ascension de l'os coxal à l'origine des mouvements de cisaillement (Figure 1). Une trop grande amplitude de ces mouvements entraînent des douleurs [1].
- Les articulations sacro-iliaques : elles se composent d'une cavité articulaire renforcée par des ligaments interosseux. Les ligaments antérieurs freinent les mouvements de nutation et les postérieurs freinent à la fois les mouvements de nutation et de contre-nutation (Figure 2) [1].



La nutation et la contre-nutation sont les mouvements que peuvent effectuer ces articulations.

La nutation est définie par le pivotement de la symphyse pubienne vers le haut, ce qui entraîne un rapprochement des ailes iliaques, un écartement des tubérosités ischiatiques, une bascule en avant du promontoire et un refoulement en arrière du coccyx [1]. Elle reflète l'adaptation

fonctionnelle du pelvis qui se stabilise en fonction de la charge supportée [3].

La contre-nutation est le mouvement inverse. En situation de portage, la présence de ce mouvement chez les patientes souffrant du syndrome douloureux pelvien, pourrait mettre en évidence une instabilité pelvienne [3].

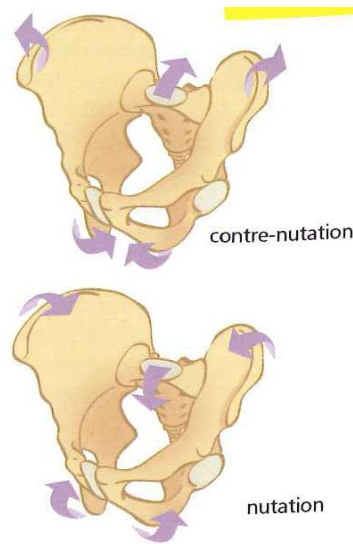


Figure 2

- L'articulation lombo-sacrée : c'est la charnière entre la colonne lombaire mobile et le sacrum fixe.
Médialement, elle est composée d'une symphyse formée par l'articulation des corps vertébraux L5 et S1 qui est maintenue par des ligaments longitudinaux (antérieur et postérieur). Latéralement, il y a deux articulations synoviales renforcées en arrière par un puissant ligament [1].
Sa mobilité articulaire étant limitée par la puissance de son système ligamentaire, son rôle essentiel est d'être une zone de transition sur laquelle repose le poids du tronc [7].
- L'articulation sacro-coccygienne : c'est une symphyse soudée dans plus de 30 % des cas. Des mouvements de bascule d'avant en arrière sont possibles chez la femme enceinte mais plus souvent effectifs au moment de l'accouchement.

3.2 Etiologies

Plusieurs facteurs, essentiellement hormonaux et biomécaniques, sont à l'origine des douleurs de la ceinture pelvienne.

3.2.1 L'imprégnation hormonale : la relaxine

Elle serait la voie essentielle [1].

Chez la femme, elle est produite principalement par le corps jaune et l'endomètre [8].

Ses rôles premiers sont le maintien de la grossesse et la préparation de l'accouchement.

De plus, une étude de Kristiansson et al [2] a constaté qu'un taux sérique maximal de relaxine en début de grossesse induit des douleurs de la ceinture pelvienne à plus ou moins long terme [8].

En effet, l'association de la relaxine avec essentiellement la progestérone, active le métabolisme du collagène conduisant, entre autres, au relâchement du tissu conjonctif ligamentaire qui se traduit par une augmentation de laxité. Cette hyper laxité ligamentaire accroît la mobilité des articulations pelviennes, à l'origine de l'élargissement des os pubiens et des douleurs de la symphyse pubienne à la marche [8] [1].

3.2.2 Les modifications biomécaniques

Pendant la grossesse, le bassin bascule en antéversion et le centre de gravité subit un déplacement progressif vers l'avant et le bas, créant une légère hyperflexion rachidienne. Celle-ci est normalement compensée par l'action des muscles extenseurs du rachis cervical, thoracique et lombaire limitant la variation de l'axe du tronc et les contraintes sur le rachis.

Cependant, la grossesse induit un affaiblissement des muscles de la ceinture abdominale par étirement. Quand l'étirement se trouve être supérieur au diastasis physiologique, les muscles grands droits n'assurent plus leur rôle de maintien de la statique rachidienne [1] [8].

La préexistence d'une hyperlordose lombaire avant la grossesse prédispose à la survenue d'un syndrome de Lacomme [8].

3.2.3 Le facteur vasculaire

La compression de la veine cave inférieure, essentiellement en décubitus dorsal, génère une hypoxie au niveau des corps vertébraux et des muscles paravertébraux, ce qui accroît les douleurs pelviennes [1].

3.2.4 Les carences

La grossesse modifie les apports de l'organisme notamment en minéraux et vitamines.

Des douleurs de la ceinture pelvienne peuvent apparaître en cas de :

- carence en calcium, signe d'ostéomalacie ;
- carence en potassium par une faiblesse musculaire ;
- carence en magnésium même si les mécanismes de son imputabilité dans l'apparition de ces douleurs restent obscurs [9].

3.3 Facteurs de risque

Les plus probables sont les antécédents de douleurs lombaires basses ou de traumatismes du pelvis. La multiparité et la pénibilité du travail effectué, obligeant des mouvements de contorsion et d'inclinaison répétés, peuvent aussi conditionner la survenue de douleurs pelviennes.

En revanche l'indice de masse corporelle, l'âge, la prise d'une contraception orale, le tabac et l'intervalle entre la grossesse précédente et la grossesse actuelle ne sont pas des facteurs de risque de développement d'un syndrome douloureux pelvien gravidique [3] [4].

IV- Diagnostic

4.1 Interrogatoire

La patiente décrit:

- des douleurs abdominales basses avec une sensation de pesanteur pelvienne, vésicale et rectale dans le bas-ventre et l'impression que l'accouchement est imminent. Auxquelles s'associe une douleur d'étirement des plis inguinaux, allant de l'arcade crurale vers les épines iliaques ;

- des douleurs lombosacrées partant de la région sacro-iliaque et pouvant irradier en direction des fesses et/ou de la face interne des cuisses. Elles sont décrites par les patientes comme des douleurs à type de sciatique [1] [6] [9] [10].

Tout cela induit une simple gêne pouvant aller jusqu'à l'impotence fonctionnelle sévère provoquant un alitement plus ou moins prolongé [1].

Le professionnel de santé procédera ensuite à l'anamnèse des douleurs.

Il est indispensable de porter une attention particulière à l'histoire de la douleur, savoir si elle persiste ou s'accroît en position debout ou assise, à la marche, lors de l'exécution de certaines activités de la vie quotidienne : le changement de position dans le lit, le lever, lors de la miction ou de la défécation et au moment de l'activité sexuelle [3] [4].

Enfin, pour connaître la localisation exacte des points douloureux, la patiente doit les préciser en les indiquant soit sur son corps, soit de préférence sur un schéma [4].

4.2 Examen physique

Fait de manière systématique, méthodiquement et en association avec les tests spécifiques, il a pour but de reproduire les douleurs ressenties par la patiente sur les os, les articulations du pelvis et les muscles qui s'y insèrent.

Le toucher vaginal permet de mettre en évidence 3 zones douloureuses caractéristiques du syndrome :

- ✓ une douleur vive unie ou bilatérale déclenchée par pression de la surface osseuse rétro pubienne latéro-symphysaire ;
- ✓ une autre est provoquée par la pulpe de l'index sur la partie postérieure de la surface quadrilatère de l'os iliaque, en avant de l'épine sciatique ;
- ✓ en antérieur, par l'index recourbé en crochet, une douleur apparaît à l'accrochage du releveur de l'anus qui se contracte [1] [9] [10].

Le toucher vaginal va aussi permettre d'exclure le risque d'accouchement prématuré [1].

4.3 Tests cliniques spécifiques

Ils permettent d'exclure le diagnostic différentiel du syndrome des lombalgies basses.

Les tests recommandés ayant une sensibilité et une spécificité élevée sont [4] [11] :

➤ Pour l'articulation sacro-iliaque :

- Test de provocation de la douleur pelvienne postérieure (P4)

La patiente est en décubitus dorsal, la hanche fléchie à 90° du côté examiné. L'examineur exerce une légère pression sur le genou fléchi le long de l'axe longitudinal du fémur pendant que l'autre main maintient la partie du bassin controlatérale.

Le test est positif si la patiente ressent la douleur habituelle, profonde et bien localisée dans la région fessière du côté testé (Figure 3).

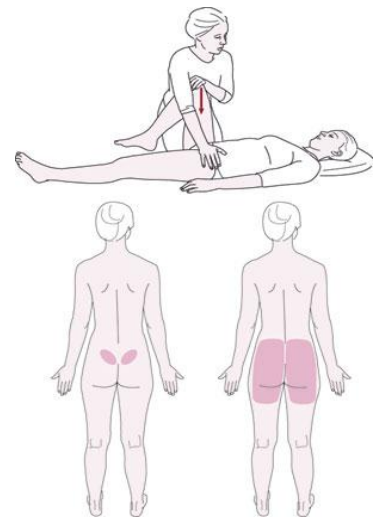


Figure 3

- Le Patrick's Faber test (Figure 4)

La patiente est allongée sur un plan dur, son talon posé sur le genou controlatéral, sa hanche étant ainsi en flexion abduction et rotation externe. L'examineur appuie doucement sur le plan supérieur de l'articulation rotulienne testée.

Si une douleur est ressentie dans les articulations sacro-iliaques ou la symphyse pubienne, le test est positif.



Figure 4

- Le Gaenslens test (Figure 5)

La patiente en décubitus dorsal fléchit sa hanche et ramène son genou vers sa poitrine en le tenant fléchi avec ses mains. Tout en maintenant la position, elle bascule sur le côté de sorte que la jambe opposée soit en extension dans le vide. L'examineur va alors exercer une pression simultanée sur les articulations sacro-iliaques, et si une douleur survient du côté provoqué, le test est positif.

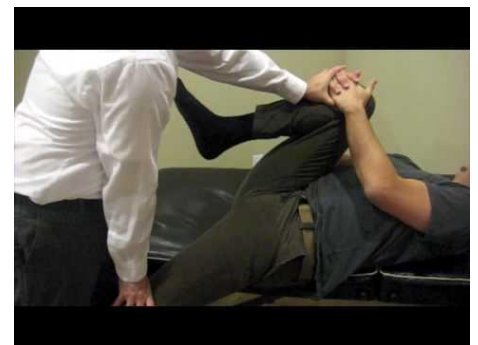


Figure 5

- Test de douleur du ligament sacro-iliaque postérieur

Moins significatif que les autres, il n'est pas à privilégier.

➤ Pour la symphyse pubienne :

- La palpation de la symphyse

La palpation profonde de la région sus-pubienne et de l'articulation de la symphyse pubienne va mettre en évidence leurs sensibilités [3].

- Test de Trendelenburg modifié

La patiente se tient debout sur une jambe, fléchit la hanche et le genou à 90°. Si une douleur apparaît au niveau de la symphyse, le test se révèle positif.

➤ Test de fonctionnalité pelvienne : le test du soulèvement actif de la jambe tendue

La patiente est allongée, les jambes tendues et les pieds écartés de 20 cm.

L'une après l'autre, elle soulève une jambe 20 cm au-dessus du lit sans plier le genou.

Il est évalué la difficulté à effectuer cet exercice : 0 = pas de difficulté à 5 = impossibilité de le faire. Le score des 2 jambes est additionné (Figure 6).



Figure 6

4.4 Examens complémentaires

Ils sont un outil d'élimination des diagnostics différentiels.

Les examens biologiques sont normaux dans le cadre d'un syndrome douloureux pelvien.

Les examens d'imagerie, pour la plupart, ne sont pas recommandés pendant la grossesse à cause du risque fœtal. Seule l'imagerie par résonance magnétique sans injection est recommandée (à éviter au premier trimestre) dans le cadre d'élimination d'une spondylarthrite ankylosante ou de lésion tumorale [3] [4].

V- Diagnostics différentiels

Les douleurs représentent le seul symptôme fonctionnel mais elles peuvent prendre divers aspects suggérant une multitude de diagnostics.

Selon le terme, il faudra écarter les diagnostics différentiels suivants :

- Les pathologies digestives : l'appendicite, la colique hépatique, la cholécystite aiguë et l'occlusion intestinale ;
- Les infections des voies urinaires : la cystite, la pyélonéphrite et la colique néphrétique ;
- Les complications obstétricales : une grossesse extra-utérine, une fausse couche spontanée, une menace d'accouchement prématuré, mais aussi une torsion d'annexe ou une nécrobiose aseptique de fibrome ;
- Les pathologies osseuses ou rhumatismales comme des tumeurs ou des infections, une hernie discale, une rupture de la symphyse pubienne, une sciatique, des rhumatismes ou de l'arthrose ;
- Une thrombose de la veine fémorale.

Si nécessaire, une consultation spécialisée sera demandée afin d'affiner le diagnostic [3].

VI- Pronostic et évolution

Le syndrome n'engendre aucune complication obstétricale, chirurgicale ou médicale et n'a pas de retentissement viscéral [1].

Son évolution est variable pendant la grossesse.

Les symptômes tels que les douleurs sacrées, fessières, pelviennes ou abdominales se manifestent tantôt conjointement tantôt de manière isolée. Le syndrome peut être unilatéral, bilatéral ou à bascule [1].

Dans la majorité des cas (93 %), les douleurs cessent avec l'accouchement ou dans les 3 mois qui suivent. Les formes persistantes disparaîtront au bout de quelques années [3].

VII- Prise en charge actuelle

La réassurance de la patiente quant au caractère bénin du syndrome tant pour elle que pour le fœtus et la prévenir qu'il disparaîtra après l'accouchement à plus ou moins long terme est la première chose à faire [4].

7.1 Thérapeutiques médicamenteuses

7.1.1 Les antalgiques

- Le paracétamol est à prescrire en première intention [4] quel que soit le terme. Cependant, il n'est pas vraiment adapté à l'intensité des douleurs provoquées par le syndrome de Lacomme [3].
- Aspirine (inhibiteur de prostaglandines) peut être indiquée en traitement ponctuel jusqu'à 24 SA.
- Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) : à prescrire en deuxième intention [4], l'Afssaps recommande d'éviter le plus possible leur utilisation pendant les cinq premiers mois de la grossesse [12].
L'aspirine et les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de 24 SA [13].
- Opiacés : utilisation limitée pendant la grossesse [3].

7.1.3 Les suppléments

- Magnésium : il est largement prescrit bien que son efficacité réelle ne soit pas démontrée. Conseillé aussi en cas d'anxiété, il a un effet décontractant. Si la supplémentation se révèle efficace sous 15 jours, le traitement est prolongé de 1 à 2 mois. Même s'il n'y a pas de carence, l'apport de magnésium reste anodin, sauf en cas d'insuffisance rénale [1] [9].
Le conseil à donner est d'avoir une alimentation riche en magnésium composée de céréales, légumes, fruits secs, oléagineux, chocolat, poisson et crustacés [1].
- L'association du Magnésium avec la vitamine B6 (Magné B6®) est indiquée pour son effet myorelaxant [7].
- Potassium : le traitement instauré par M. Lacomme, bien qu'efficace en intraveineux, perd son indication avec le relais per os et n'est prescrit, à présent, qu'occasionnellement [1].

- Calcium : un apport peut être nécessaire en cas d'anomalie du métabolisme phosphocalcique (ostéomalacie, ostéoporose) [7].

7.1.4 Autres thérapeutiques

- L'analgésie péridurale donne de bons résultats, au moment des pics de douleurs et sur de courtes périodes, et pourrait être considérée comme un moyen temporaire de soulagement des douleurs pelviennes [3].
- L'injection d'anesthésiques locaux associée à des corticoïdes, au niveau des articulations sacro-iliaques, est recommandée pour les patientes atteintes de spondylarthrite ankylosante.
- La chirurgie de fusion, peut être pratiquée dans les cas sévères de douleurs pelviennes ne cédant pas aux autres thérapeutiques, en commençant par l'application d'un fixateur externe pour stabiliser les articulations pelviennes. Cette intervention nécessite un chirurgien expérimenté [3] [4].

7.2 Thérapeutiques non médicamenteuses ou alternatives

7.2.1 Les règles d'hygiène de vie

- ✓ Le repos : il se fait sur un lit ferme et peut se faire en décubitus latéral en positionnant un coussin type Corpomed® entre les jambes, ce qui permet d'étirer les lombaires et d'entraver l'hyperlordose [14].
- ✓ Règles simples : il est conseillé de maintenir une activité physique modérée comme la natation et d'avoir un régime varié et équilibré, en prévention d'une prise de poids excessive. Aussi, il faut éviter de porter des talons hauts et des charges lourdes. Tout cela pour ne pas majorer les modifications de la statique pelvienne gravidique [7].
- ✓ Conseils posturaux [14]
Une adaptation posturale est nécessaire au quotidien pour éviter au maximum l'entretien ou l'aggravation des symptômes.
 - Ne jamais cambrer puisque cela induit une poussée vers le bas, une angulation et un appui sur la symphyse ;
 - Eviter le cisaillement lors de l'appui sur une seule jambe, c'est-à-dire lors de la marche sur un terrain accidenté ou en montant/descendant les escaliers ;

- Garder l'angle fémur-rachis inférieur à 90° pour éviter une compression douloureuse des articulations sacro-iliaques.

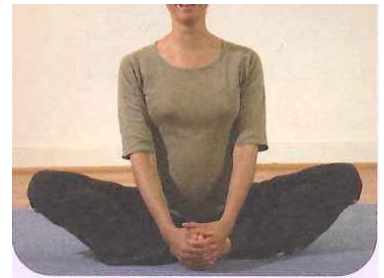
Pour pallier au système ligamentaire défaillant, un gainage musculaire est indispensable lors des mouvements. Il consiste à basculer le bassin, serrer le périnée et expirer lors des efforts.

✓ Postures d'assouplissement des articulations [14]

La symphyse pubienne : LE PAPILLON (Figure 7)

« Assise, les jambes repliées devant vous, pieds en contact plante contre plante. Balancez-vous doucement pour rapprocher vos fesses de vos pieds et ne faites pas l'inverse. Arrivée au plus près de vos pieds, prenez appui en arrière sur les doigts pour vous redresser au maximum et balancez-vous pour faire peu à peu descendre les genoux, parce que les hanches s'ouvrent. »

Figure 7



Les articulations sacro-iliaques : L'ANTISCIATIQUE (Figure 8)

- Posture de départ à quatre pattes ;
- si c'est la sacro-iliaque droite qui est douloureuse, amener le genou gauche dans le creux poplité droit ;
- les deux genoux étant solidaires, écarter les pieds ;
- en prenant appui sur les mains, se repousser en arrière pour venir s'asseoir entre les deux pieds, le genou droit se retrouve donc au-dessus du gauche, et l'articulation sacro-iliaque droite est ainsi étirée et libérée.

Figure 8



7.2.2 La ceinture de grossesse

C'est une fine ceinture élastique (Physiomat®) qui permet de soulager les douleurs pubiennes, lombaires et sacro-iliaques liées aux modifications mécaniques de la gestation [14]. Elle se fixe au niveau de la symphyse pubienne en avant et des articulations sacro-iliaques en arrière [9].

Bien mise en place, elle repositionne le bassin

et maintient l'utérus en suspension. Le soulagement est immédiat en position debout et permet aux patientes de se mobiliser à nouveau.

Pour les femmes souffrant d'une hyperlaxité ou d'une hyperlordose préexistante, le mieux est de la porter dès le début de la grossesse pour compenser les modifications biomécaniques gestationnelles (Figure 9) [14].



Figure 9

7.2.3 La massokinésithérapie

Elle peut être préventive chez les patientes ayant souffert de douleurs pelviennes lors des grossesses antérieures et comprend des exercices simples de renforcement des musculatures abdominales et para vertébrales.

En curatif, quand les douleurs touchent les articulations sacro-iliaques et les lombaires, les massages et la mobilisation par des postures sont les plus utilisés, ainsi que l'application de chaleur locale [1].

- Les différentes techniques de massages adoptées pour le soulagement des douleurs pelviennes sont l'effleurage profond, le pétrissage profond et les vibrations pour le relâchement et la détente musculaire et les frictions pour supprimer les adhérences et assouplir les tissus ;
- La mobilisation par des postures pour récupérer la mobilité articulaire ;
- L'application de chaleur locale favorise la détente musculaire [15].

7.2.4 L'acupuncture

Selon la médecine orientale, le yin - corps matériel ou physique - et le yang - énergie - animant le corps sont en harmonie. Un déséquilibre entre eux se fait par le blocage de l'énergie (Qi) dans une région du corps.

Quand le déséquilibre est associé à la compression fœtale et utérine, il peut entraîner une atteinte majeure du méridien tendino-musculaire de l'estomac et du rein induisant des troubles musculo-squelettiques tels que le syndrome de Lacomme. Pour palier à ces troubles, Christian Rempp propose donc la puncture des points E 44 (estomac) et 9 RN (rein) [16].

En auriculothérapie, les douleurs pelviennes seraient traitées efficacement par la puncture des points *shenmen*, sympathique, abdomen 2 et lombaire [17].

7.2.5 L'ostéopathie

Les principes de l'ostéopathie ont été définis par Andrew Taylor STILL. La médecine ostéopathique encourage et stimule l'autorégulation, l'auto-harmonisation de l'individu.

Le tissu conjonctif ou fascia est omniprésent dans l'organisme, assurant sa structuration, la conduction des flux liquidiens et le support des vaisseaux, nerfs et autres fibres conductrices. En altérant la circulation des fluides (sang, lymphe, liquides non collectés, influx nerveux, etc), il peut être à l'origine de pathologies diverses.

Les techniques les plus connues sont dites « fonctionnelles » et « structurelles » et c'est la physiopathologie individuelle qui donne la clé du traitement.

Le contexte de détente ligamentaire gravidique implique une prise en charge douce du système ostéo-articulaire. Les techniques dites « tissulaires » sont à recommander car elles sont plus respectueuses des tissus et de leurs besoins.

Même si le motif de consultation est ciblé, les causes peuvent être diverses et plurifactorielles. Il convient donc de réajuster à tous les niveaux : structurels, tissulaires, émotionnels, liquidiens et métabolique. Les tissus retrouvent un fonctionnement physiologique par libération des tensions et retour de la vascularisation [18] [19].

7.2.6 L'homéopathie

Comme l'ostéopathie, l'homéopathie agit sur l'équilibre global de l'individu pour aider l'organisme à recouvrer ses capacités d'auto-guérison.

Elle est basée sur trois grands principes :

- loi de similitude : ce serait les mêmes substances qui produisent le mal et le guérissent ;
- principe d'infinitésimalité : le principe actif, fortement dilué, stimule les mécanismes de défense de l'organisme et perd toute propriété nocive ou toxique, écartant le risque d'effet indésirable ;
- individualisation de la prescription : la prescription est basée sur l'observation et l'analyse du comportement du patient.

Il existe plus de deux mille médicaments issus de substances végétales, minérales et animales désignées par leur nom latin ou leur abréviation [20].

Certains sont souvent prescrits pour le syndrome de Lacomme :

- Murex ® 15 CH (5 g 264 fois/j) pour les sensations de relâchement et d'hyperlaxité douloureuse des articulations pelviennes [1] ;
- Kalium Carbonicum® (3 g de chaque 2-4 fois/j) pour les douleurs lombo-sacrées ;
- Brionia® pour les douleurs musculaires soulagées par le repos et accrues par le mouvement ;
- Arnica Montana® pour toutes les autres [7].

7.2.7 L'hydrothérapie

La détente physique est l'objectif principal. Pour renforcer la dynamique de la relaxation, la musique est associée à l'hydrothérapie. La portée de l'eau, la chaleur, la résistance aux mouvements brusques constituent les atouts de cet environnement qui permet d'offrir un confort physique général. Une amélioration de la circulation veineuse de retour est observée [7].

DEUXIEME PARTIE

I- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude prospective menée auprès des femmes enceintes consultant au CHU de Caen et à la Polyclinique du Parc. L'enquête a été réalisée à l'aide d'une série de deux questionnaires anonymes remplis à deux temps de la grossesse.

Le but était d'apprécier plus précisément le terme d'apparition, les caractéristiques des douleurs pelviennes et leur évolution au cours de la grossesse, ainsi que le diagnostic évoqué et le type de prise en charge proposée.

1.1 La population

1.1.1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes enceintes, quelque soit leur gestité ou leur parité, pouvaient être incluses dans l'étude. Cependant, le remplissage du premier questionnaire était indispensable.

1.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons volontairement choisi d'exclure :

- les patientes ayant seulement rempli le deuxième questionnaire ;
- les questionnaires inexploitable ;
- les patientes souffrant uniquement de douleurs abdominales basses puisque par la seule localisation des douleurs il est impossible de différencier les contractions utérines des douleurs ligamentaires.

1.2 Méthode

1.2.1 Elaboration du questionnaire

Le premier questionnaire comporte 71 items avec 44 questions fermées à choix multiples et 27 questions ouvertes. Il est divisé en six parties :

- les 15 premières questions détaillent les caractéristiques de la population étudiée ;
- la deuxième partie (17 questions) concerne les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et gynécologiques des femmes ;
- les questions 33 à 38 abordent le déroulement de la grossesse ;
- la quatrième partie (8 questions) renseigne sur le terme d'apparition et les caractéristiques des douleurs de la ceinture pelvienne ;

- les items 47 à 53 illustrent l'impact des douleurs sur la vie quotidienne ;
- la dernière partie (18 questions) est consacrée au diagnostic et à la prise en charge des douleurs de la ceinture pelvienne.

Le deuxième questionnaire compte 44 items dont 27 questions à choix multiples et 17 questions ouvertes.

A l'exception de la première partie du questionnaire qui ne comporte que 5 questions, le reste des items sont identiques à ceux du premier questionnaire.

L'intégralité des deux questionnaires est en annexe I.

1.2.2 Conditions de mise en place de l'étude

L'enquête a débuté le 6 Août 2012 au CHU de Caen après accord de la sage-femme cadre du service. Il a été décidé que le premier questionnaire serait rempli entre 21 et 28 SA et le deuxième à partir de 34 SA.

A la Polyclinique du Parc, elle a débuté le 20 Août 2012 après acceptation de l'équipe de gynécologues-obstétriciens qui a souhaité, pour des raisons pratiques, que les questionnaires soient remplis à l'échographie du deuxième et du troisième trimestre.

L'enquête s'est terminée le 21 décembre 2012.

1.2.3 Distribution des questionnaires

Les deux questionnaires ont été remis aux femmes en une seule fois (série) et celles-ci pouvaient les rendre ensemble ou séparément.

Au CHU, 100 séries de questionnaires ont été distribuées par les sages-femmes du service de consultation et moi-même.

A la Polyclinique du Parc, 80 séries de questionnaires ont été déposées :

- 50 séries auprès du cabinet de gynécologues-obstétriciens et ils étaient distribués par les secrétaires qui accueillaient les patientes avant leur passage en salle d'attente ;
- 30 séries ont été laissées aux sages-femmes libérales qui les ont proposés elles-mêmes à leurs patientes.

La récupération des questionnaires s'est faite par mes soins lors d'une visite hebdomadaire dans chacun des 2 centres.

II- RESULTATS

Au CHU, nous n'avons pas pu savoir si tous les questionnaires avaient été distribués mais 35 séries de questionnaires (34 %) ont été récupérées. 26 ont été incluses et 9 exclues (3 pour douleurs abdominales basses, 3 étaient inexploitables et 3 questionnaires n°2 seuls).

A la Polyclinique du Parc, sur les 44 séries de questionnaires distribuées au cabinet de gynécologues-obstétriciens, 13 séries et 6 questionnaires n°1 ont été rendus et inclus dans l'étude et 5 questionnaires n°2 seuls ont été exclus. Quant aux sages-femmes libérales, 3 séries de questionnaires sur 25 ont été distribuées, récupérées et incluses dans l'étude.

Au total, sur les 190 séries de questionnaires déposées, nous pouvons estimer que 147 séries ont été distribuées et 48 femmes ont intégré l'étude soit 33 % des réponses.

Les résultats ont été obtenus par analyse statistique via le logiciel Excel.

Au vu du nombre d'inclusions, nous avons choisi d'exprimer les résultats à la fois en effectifs et en pourcentage.

2.1 Généralités

2.1.1 Fréquence des douleurs

92 % des femmes enceintes interrogées (44 patientes) ont souffert d'algies pendant leur grossesse et 83 % (40 patientes) sont localisées au niveau de la ceinture pelvienne.

Nous avons voulu étudier l'impact de différents facteurs sur l'apparition précoce (< 24 SA) ou tardive (\geq 24 SA) de douleurs pelviennes pendant la grossesse.

2.1.2 Age maternel

L'âge moyen des femmes de la population est de 30 ans.

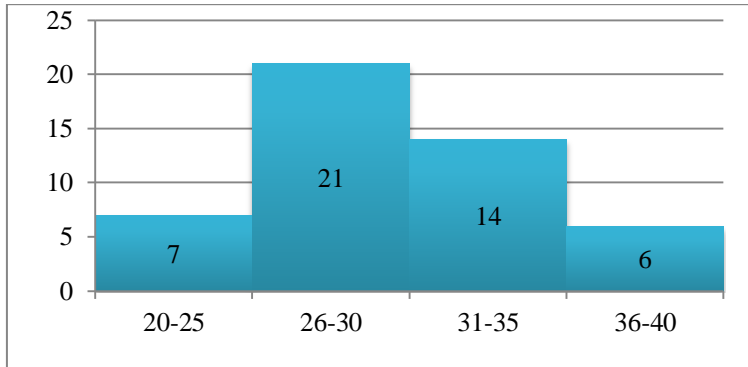


Figure 1 : Age maternel (n=48)

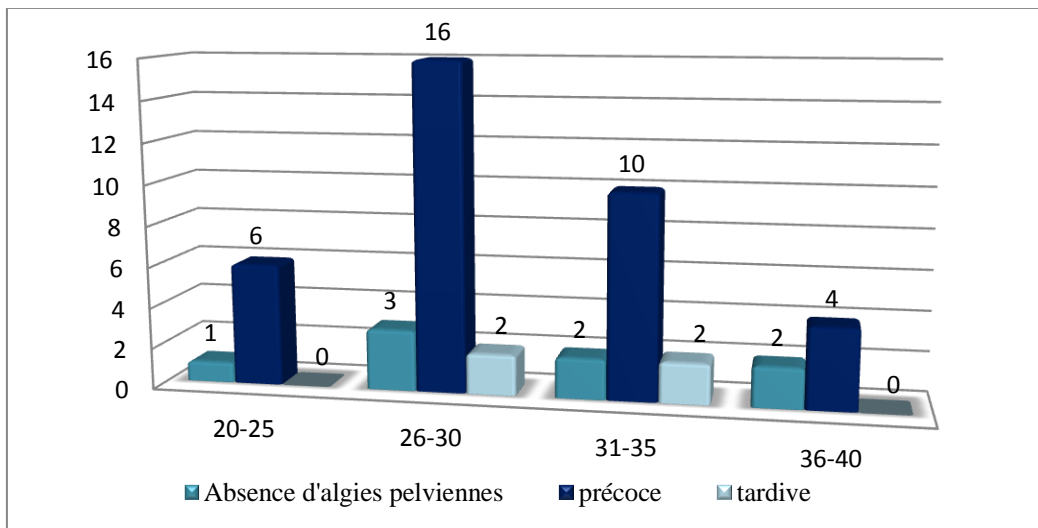


Figure 2 : Age et apparition des douleurs pelviennes (n=48)

L'apparition de douleurs pelviennes touche toutes les catégories d'âge et nous remarquons que 86 % (n=30) des 20-35 ans ont développé des douleurs pelviennes pendant leur grossesse et 67 % (n=6) pour les plus de 35 ans.

2.1.3 Origine et situation familiale

Toutes les femmes sont originaires d'Europe Centrale hormis une femme d'Afrique du Sud et toutes sont en couple sauf deux qui sont célibataires et sans enfant.

2.1.4 Statut pondéral avant la grossesse (IMC = indice de masse corporelle)

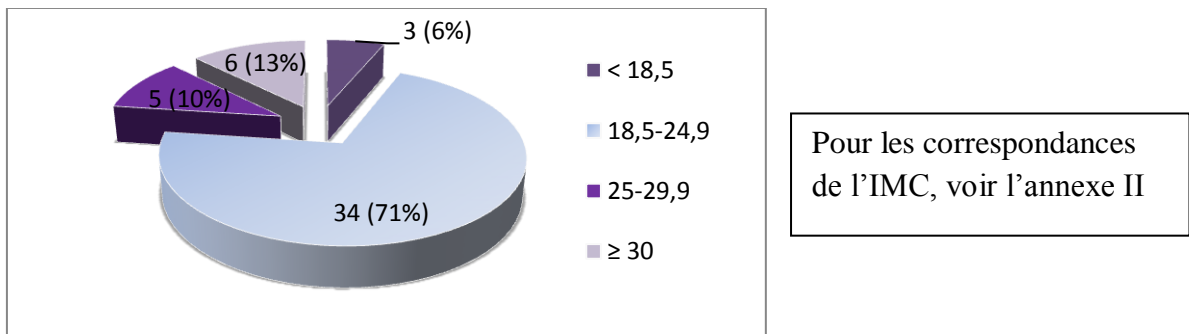


Figure 3 : IMC avant la grossesse (n=48)

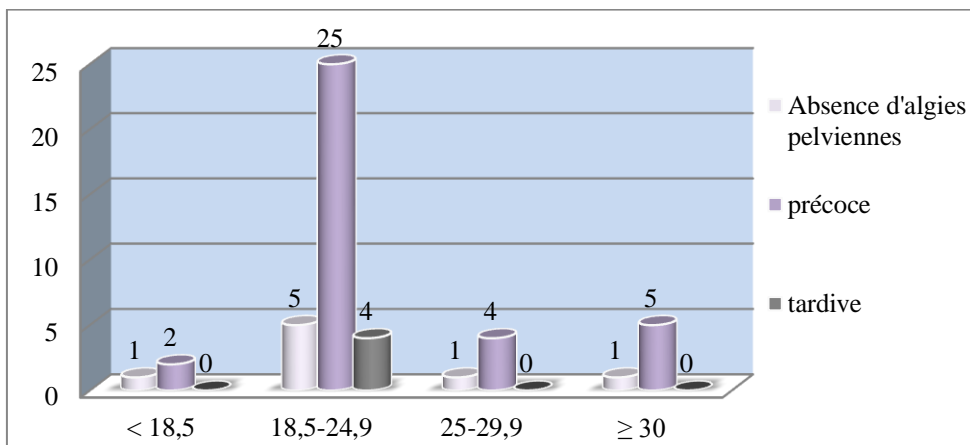


Figure 4 : IMC avant la grossesse et apparition de douleurs pelviennes (n=48)

Les femmes ayant un IMC $\geq 18,5$ étaient en moyenne 83 % à développer des algies pelviennes pendant leur grossesse contre 67 % (N=3) pour celles avec un IMC $< 18,5$.

2.1.5 Participation du conjoint aux tâches ménagères

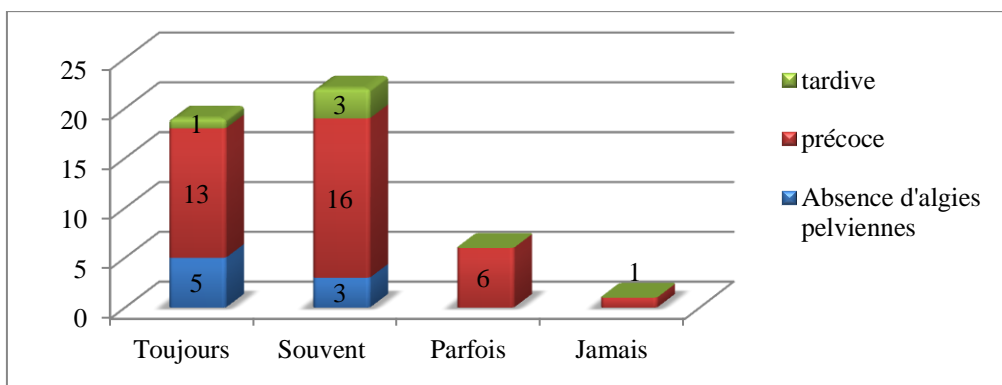


Figure 5 : Participation du conjoint aux tâches ménagères et apparition de douleurs pelviennes (n=48)

Même si le conjoint participait fréquemment (toujours et souvent) aux tâches ménagères, des douleurs pelviennes se sont manifestées dans 80 % des cas (33/41).

2.1.6 Situation professionnelle

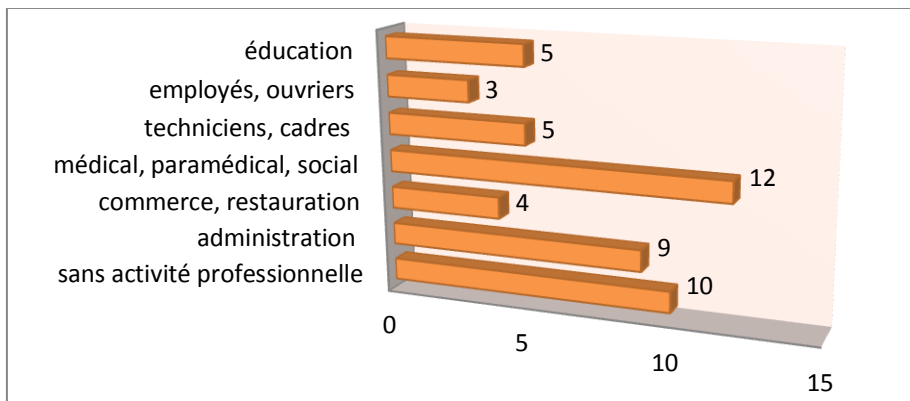


Figure 6 : Répartition de l'activité professionnelle (n=48)

Le secteur médical-paramédical-social et celui de l'administration représentent 40 % (21/48) de notre population. Il est intéressant de noter que 10 femmes sur 48 (21 %) ne travaillent pas.

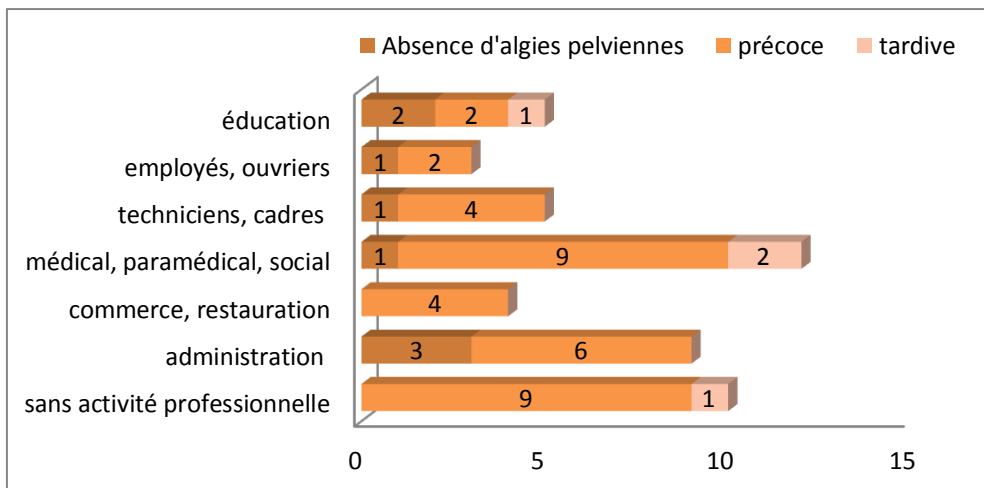


Figure 7 : Type d'activité professionnelle et apparition de douleurs pelviennes (n=48)

Ce graphique met en évidence que les femmes sans activité professionnelle sont toutes touchées par des douleurs pelviennes. Parmi elles, 4 sont des nullipares et 6 sont des primipares ou des deuxièmes pares.

2.1.7 Conditions de travail

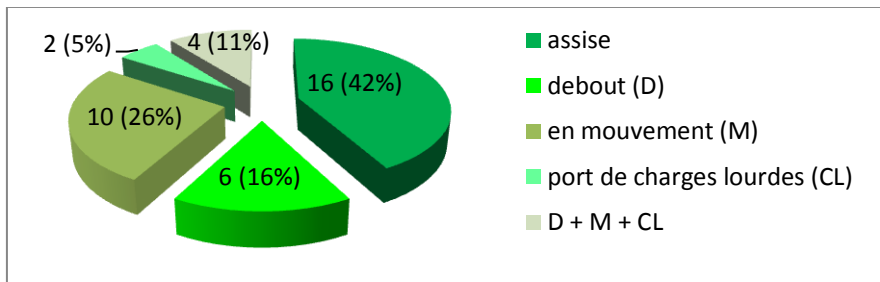


Figure 8 : Conditions de travail (n=38)

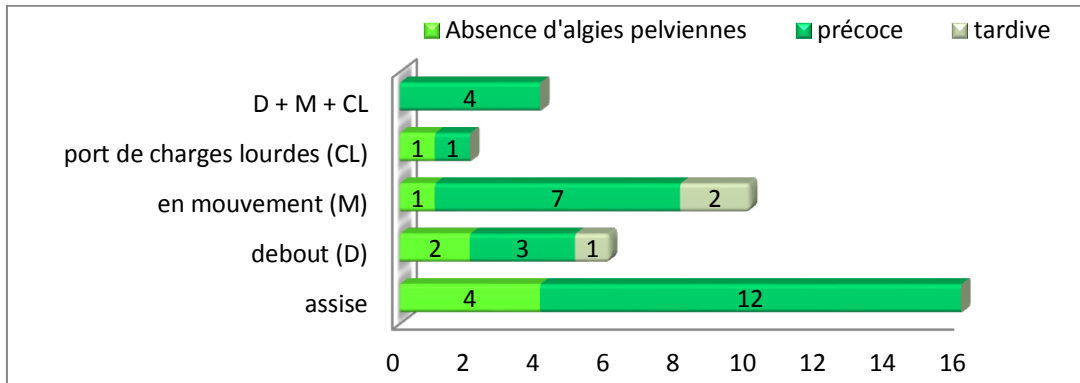


Figure 9 : Conditions de travail et apparition de douleurs pelviennes (n=38)

Les pelvialgies apparaissaient donc chez 90 % (n=9) des femmes en mouvement, 75 % (n=12) de celles en position assise et précocement et à 67 % en position debout. Travailler dans une position statique (assise ou debout) induit l'apparition de pelvialgies dans 73 % (n=16/22) des cas, alors qu'être en mouvement les provoque à 88 % (n=14/16).

2.1.8 Activité sportive

Seulement 35 % (n=17) des femmes interrogées pratiquaient un sport avant la grossesse.

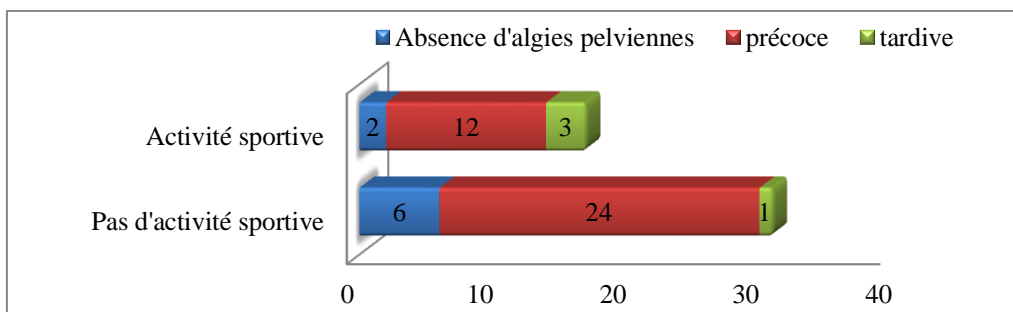


Figure 10 : Activité sportive avant la grossesse et apparition de douleurs pelviennes (n=48)

15 sur 17 (88 %) femmes ayant eu une activité sportive avant la grossesse ont ressenti des douleurs pelviennes pendant. Les femmes qui ne pratiquaient pas de sport étaient 25 sur 31 (81 %) à souffrir de pelvialgies.

2.1.9 Facteurs de risque

✓ Carences

Comme il a été précisé dans la première partie, la littérature a mis en évidence le rôle d'une carence en calcium ou potassium dans l'apparition de douleurs pelviennes. Dans la population étudiée, des douleurs pelviennes se sont manifestées chez les 2 femmes touchées par ces carences et de façon précoce.

✓ Hyperlaxité préexistante à la grossesse : cette pathologie atteignait 6 femmes.

Aux dires d'une des patientes touchées, l'hyperlaxité est apparue après la prise de Xanax® et cette patiente n'a pas eu de douleurs pelviennes pendant sa grossesse. Les 5 autres patientes ont développé des algies pelviennes précocement.

✓ Antécédent de pathologie ostéo-articulaire

8 femmes sur 48 ont déclaré souffrir de sciatique, d'arthrose et 1 d'un spondylolisthésis. Des douleurs pelviennes se sont manifestées chez toutes ces femmes et précocement quand elles avaient une sciatique ou de l'arthrose.

✓ Antécédent de traumatisme lombaire ou pelvien

8 femmes sur 48 (17 %) ont signalé avoir subi une chirurgie de cette partie du corps. Des algies pelviennes se sont déclarées chez 6 d'entre elles (75 %).

✓ Antécédent d'algie ou de déformation dorso-lombaire

28 femmes sur 48 (58 %) de la population souffraient de douleurs dorso-lombaires ou de déformations à type de scoliose ou d'hyperlordose.

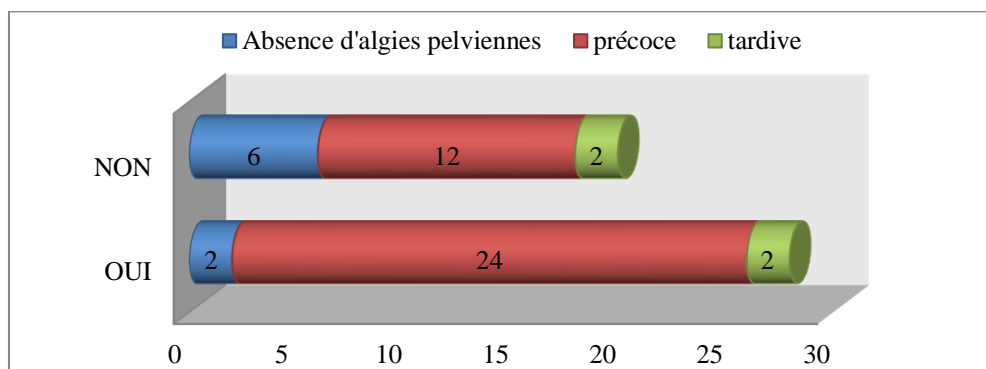


Figure 11 : Algies/déformations dorso-lombaires et apparition de douleurs pelviennes

14 sur 20 femmes (70 %) n'ayant pas ces problèmes dorso-lombaires et 26 sur 28 (93 %) les subissant vont développer des pelviaalgies gestationnelles.

✓ Antécédent de pelvialgie

6 multigestes sur 23 (26 %) ont déclaré avoir déjà eu des douleurs de la ceinture pelvienne lors d'une grossesse antérieure. Pour la grossesse en cours, les douleurs sont réapparues et à un terme précoce pour 5 d'entre elles.

2.1.10 Influence de la gestité

Dans la population interrogée, il y avait une répartition équivalente entre primigestes (N=25) et multigestes (N=23).

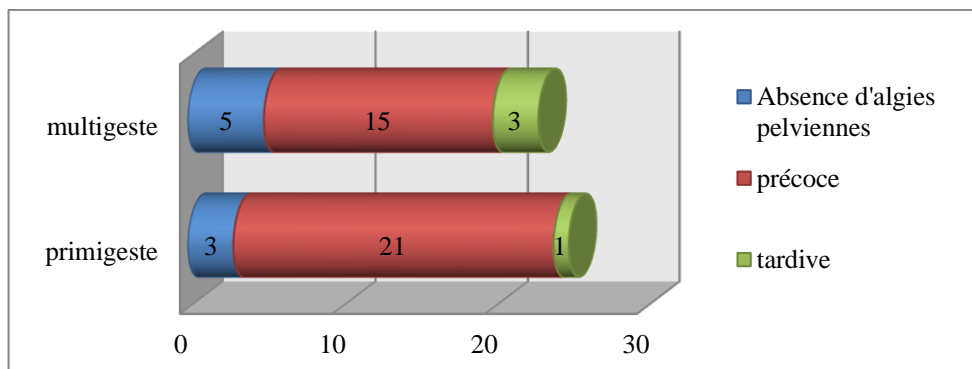


Figure 12 : Gestité et apparition de douleurs pelviennes (n=48)

88 % des primigestes (n=22) et 78 % des multigestes (n=18) ont développé des douleurs pelviennes pendant leur grossesse.

2.1.11 Influence de la parité

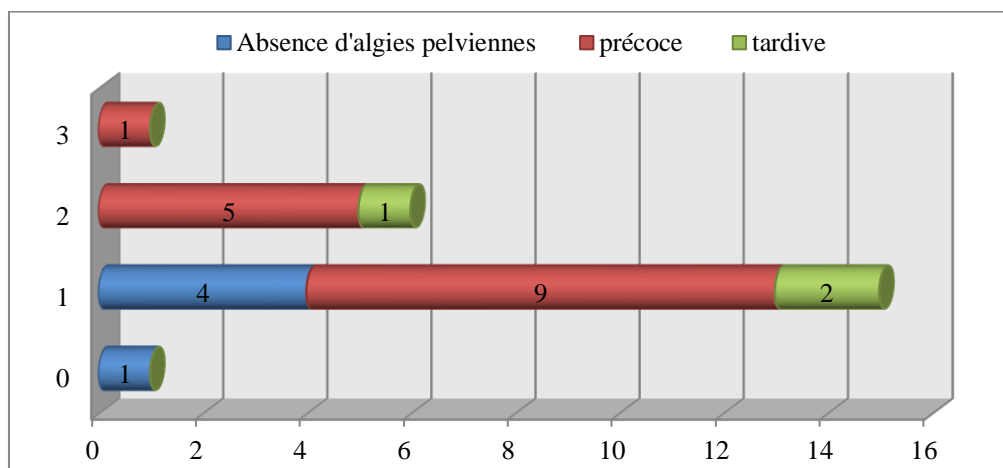


Figure 13 : Parité et apparition de douleurs pelviennes (n=23)

11 primipares sur 15 (73 %) et la totalité (n=7) des multipares ont présenté des algies pelviennes.

Nous allons maintenant aborder et préciser les caractéristiques des algies de la ceinture pelvienne qui sont apparues pendant la grossesse.

2.2. Caractéristiques de l'apparition des algies

2.2.1 Terme d'apparition

90 % (n=36) des douleurs pelviennes sont apparues précocement, avant 24 semaines d'aménorrhées.

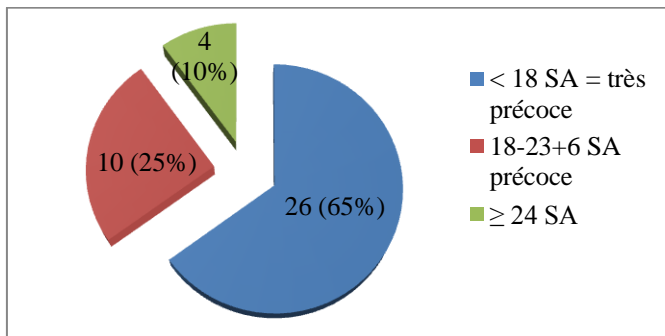


Figure 14 : Terme d'apparition (n=40)

Les douleurs sont apparues progressivement chez 26 femmes sur 40 soit 65 % et de manière brutale pour 14 femmes sur 40 soit 35 %, soit lors de la mise en activité comme la marche (6 patientes sur 14), soit au moment du repos (3 femmes sur 14).

2.2.2 Localisation des algies pelviennes selon la classification d'Albert et Al

Parmi les 48 femmes interrogées, 40 étaient touchées par des douleurs de la ceinture pelvienne soit 83 % et 18 d'entre elles (45 %) avaient des lombalgies associées.

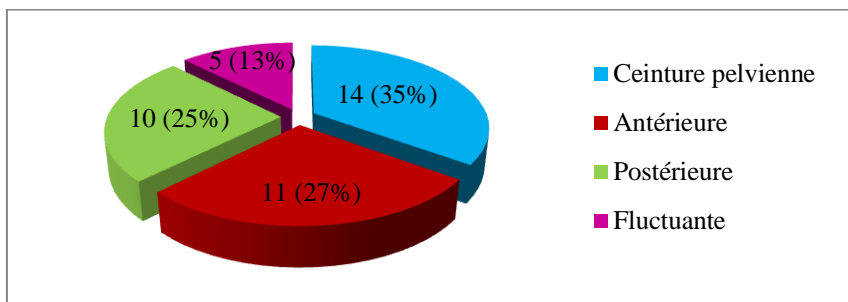


Figure 15 : Localisation selon Albert et al (n=40)

Le terme d'algie pelvienne fluctuante signifie que les douleurs n'ont pas une localisation typique. Elles correspondaient ici à des sciatgies de la région glutéale associées à des douleurs pelviennes antérieures.

Grâce à l'analyse de la localisation, nous avons pu déterminer que les algies pelviennes antérieures touchaient d'abord l'articulation de la hanche (n=7/11) puis la symphyse pubienne (n=4/11).

Les algies de la ceinture pelvienne retrouvées chez 14 patientes correspondent à la localisation du « Pelvic Girdle Syndrome » ou Syndrome de Lacomme complet où les douleurs touchent la globalité de la ceinture pelvienne.

2.2.3 Description de la douleur en fonction de sa localisation

Ce graphique met en évidence le ressenti des patientes, décrit dans le premier questionnaire, au niveau de 4 régions de la ceinture pelvienne. La symphyse pubienne, le périnée et l'articulation de la hanche sont représentées par le pelvis antérieur et les articulations sacro-iliaques par le pelvis postérieur.

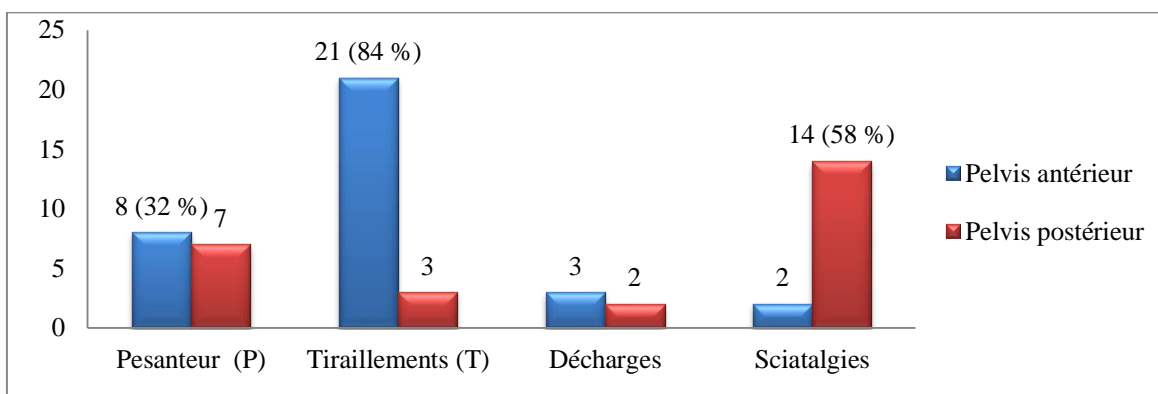


Figure 16 : Répartition du ressenti en fonction de la localisation pelvienne (n=25 et 24)

Les algies pelviennes antérieures regroupaient 25 patientes et les algies pelviennes postérieures 24 patientes puisque les patientes ayant des douleurs à localisation typique du Syndrome de Lacomme ont été incluses dans chacun des deux groupes.

Des irradiations pelviennes postérieures douloureuses à type de sciatalgies ont été décrites par 14 patientes sur 40 soit 35 %. Elles débutaient au niveau de la région glutéale et se dirigeaient vers le membre inférieur (cuisse ou pied).

Tableau I : Localisation finale de l'irradiation

Irradiation	Région glutéale	Cuisse	Pied	Total/N
Ceinture pelvienne (N= 14)	3	2	0	36 %
Postérieure (N=10)	1	3	2	60 %
Fluctuante (N=5)	2	1	0	60 %

2.2.4 Intensité de la douleur

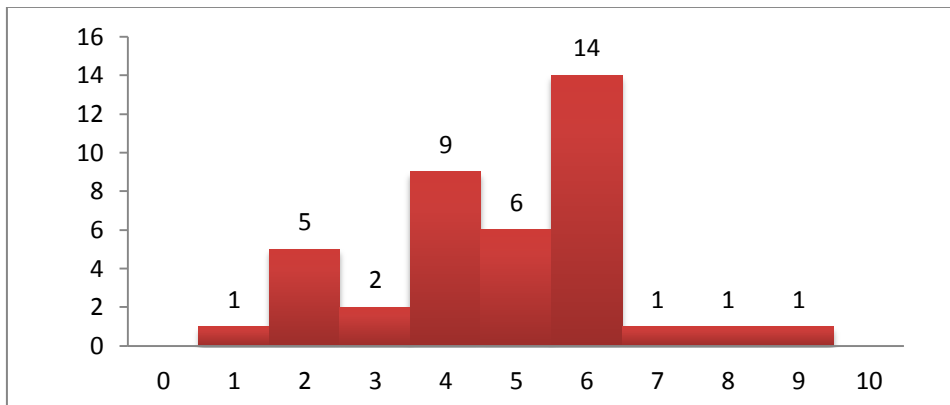


Figure 17 : Intensité de la douleur selon l'échelle numérique (n=40)

73 % (n=29/40) des femmes touchées par des algies pelviennes ont coté leur douleur entre 4 et 6.

2.2.5 Impact sur la vie quotidienne

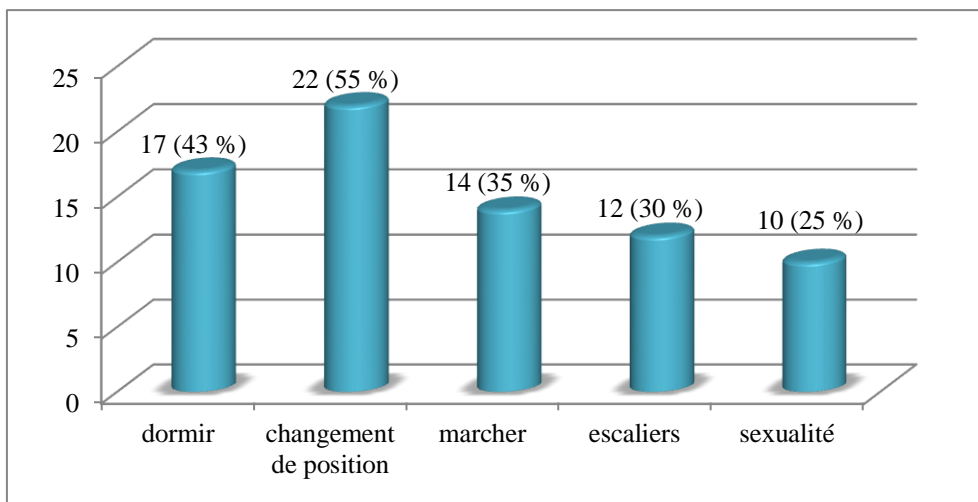


Figure 18 : Activités de la vie quotidienne perturbées

Le changement de position (n=22) concernait d'une part le fait de se retourner dans son lit, ce qui se révélait difficile pour 7 patientes. D'autre part, se lever était pénible pour 4 patientes. Se retourner dans son lit et se lever étaient difficile à accomplir pour 3 femmes. Et seulement 3 femmes soit 8 % n'ont ressenti aucune gêne dans le quotidien.

A la question de l'évolution des douleurs sur la journée, les réponses étaient trop hétérogènes pour en extraire des données probantes.

2.2.6 Diagnostic

La figure 19 précise le diagnostic posé par les professionnels de santé (médecin traitant, sage-femme et gynécologue-obstétricien) aux femmes ayant des douleurs pelviennes.

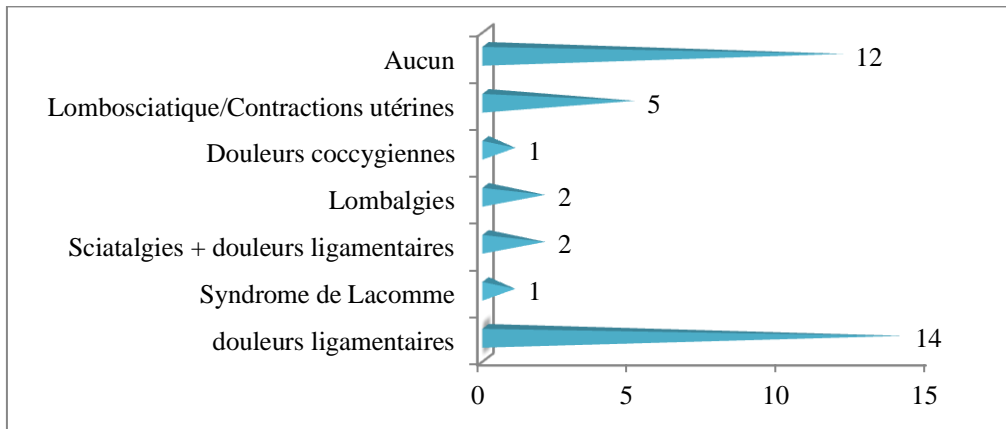


Figure 19 : Diagnostic posé sur les pelvialgies (n=37)

Sur les 40 patientes, 3 n'ont pas su répondre concernant le diagnostic posé par le professionnel de santé.

Dans le graphique suivant (Figure 20), l'échographie était l'examen complémentaire pratiqué.

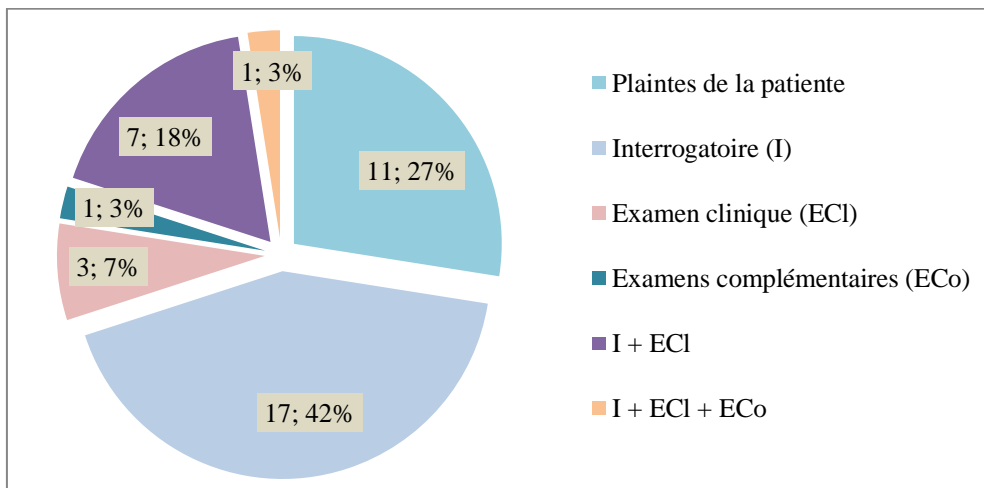


Figure 20 : Modalités du diagnostic (n=40)

Parmi les 12 patientes sans diagnostic de leurs douleurs, 4 n'ont parlé à aucun professionnel de santé de leurs douleurs, 7 (58 %) n'ont pas bénéficié d'un interrogatoire, d'un examen clinique ou d'une échographie.

Il est utile de rappeler que sur les 40 patientes initiales souffrant d'algies pelviennes, 36 d'entre elles les subissaient depuis un terme précoce. De ce fait, seules ces 36 patientes sont concernées par l'item de l'évolution des douleurs que nous allons étudier maintenant.

Cela a pu se faire grâce à l'analyse détaillée du deuxième questionnaire renseigné entre le 8^{ème} et le 9^{ème} mois.

2.3. Evolution des algies pelviennes apparues avant 24 SA

Sur les 36 patientes qui souffraient de douleurs avant 24 SA :

- 2 ont vu disparaître leurs douleurs en cours de grossesse ;
- **28 patientes ont continué à souffrir d'algies pelviennes ;**
- 6 patientes ont été perdues de vue.

De ce fait, seulement 28 patientes ont été incluses dans l'analyse des données des items suivants.

2.3.1 Localisation selon Albert et al

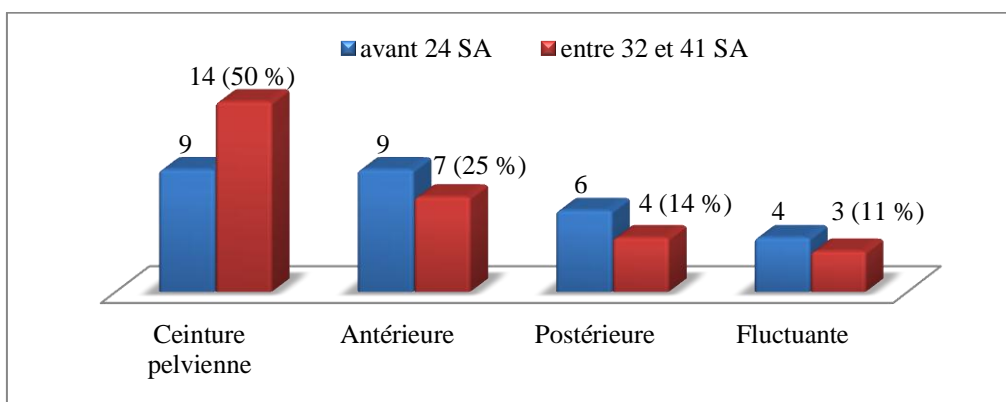


Figure n°21 : Comparaison de la localisation des algies pelviennes aux deux temps de la grossesse (n=28)

Quand les douleurs apparaissaient, les algies pelviennes antérieures touchaient d'abord l'articulation de la hanche à 56 % (n=5/9) puis la symphyse pubienne à 44 % (n=4/9). Ce rapport est resté équivalent avec l'évolution de la grossesse : 57 % pour la hanche (n=4/7) et 43 % pour la symphyse pubienne (n=3/7).

2.3.2 Description de la douleur en fonction de la localisation

Selon la localisation des douleurs illustrées par la figure 21, les algies pelviennes antérieures regroupaient 21 patientes et les algies pelviennes postérieures 18.

La figure 22 nous permet de voir si le ressenti des douleurs a évolué avec l'avancée de la grossesse.

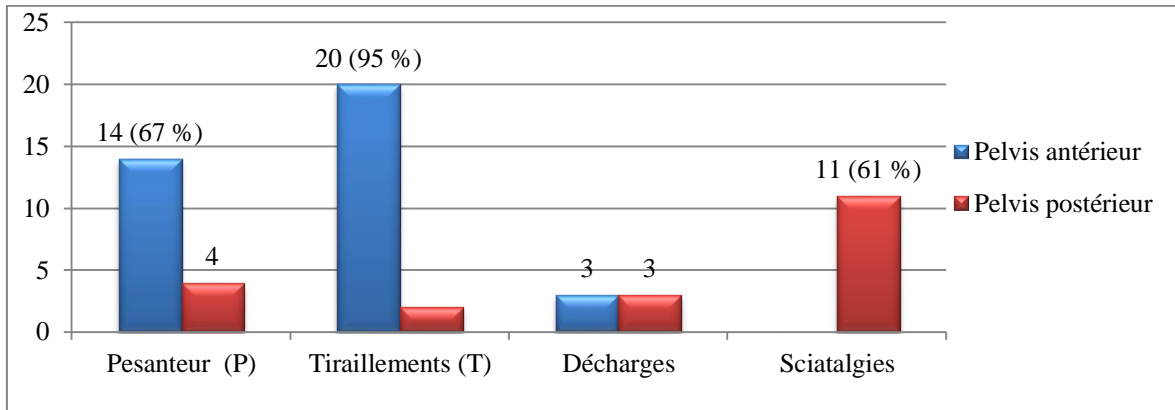


Figure 22 : Ressenti des douleurs entre 32 et 41 SA selon la localisation (n=28)

Si l'on fait une comparaison avec le même graphique qui illustre le ressenti avant 24 SA, c'est surtout la proportion de la pesanteur qui change. Elle a doublé (32 à 67 %).

2.3.3 Intensité de la douleur

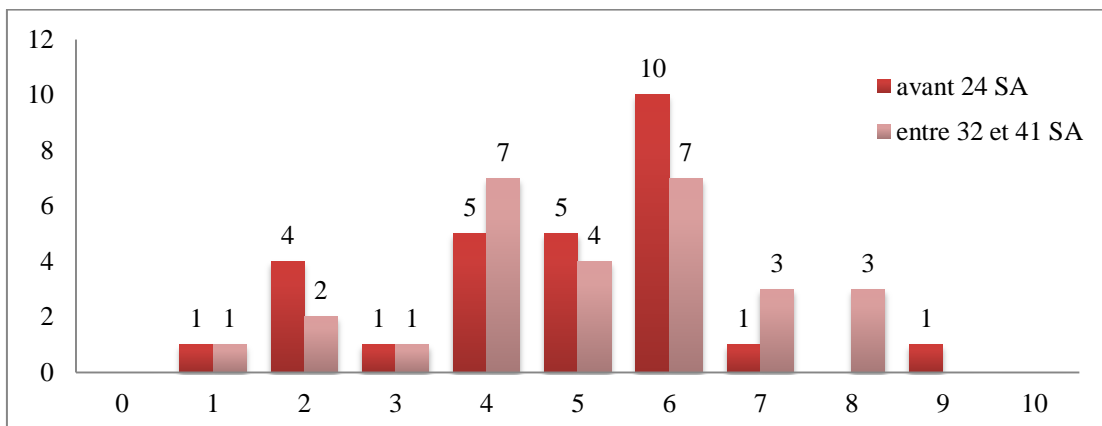


Figure 23 : Comparaison de l'intensité de la douleur selon l'échelle numérique (n=28)

Comme au moment de l'apparition des douleurs, nous retrouvons sur ce graphique qu'une majorité de femmes, 18/28 (64 %) ont coté leur EVA entre 4 et 6. Aussi, nous remarquons que 6/28 (21 %) ont coté leur douleur à 7-8. Ces douleurs ont eu un impact sur le vécu de la grossesse de ces 6 femmes. Chez 5 d'entre elles, la douleur présentait une localisation typique du syndrome de Lacomme et ces mêmes femmes se disaient gênées au quotidien dans l'exécution d'au moins deux activités.

2.3.4 Impact sur la vie quotidienne

93 % (n=26) des 28 femmes ont ressenti une gêne dans l'exécution d'au moins une des activités suivantes (Figure 24).

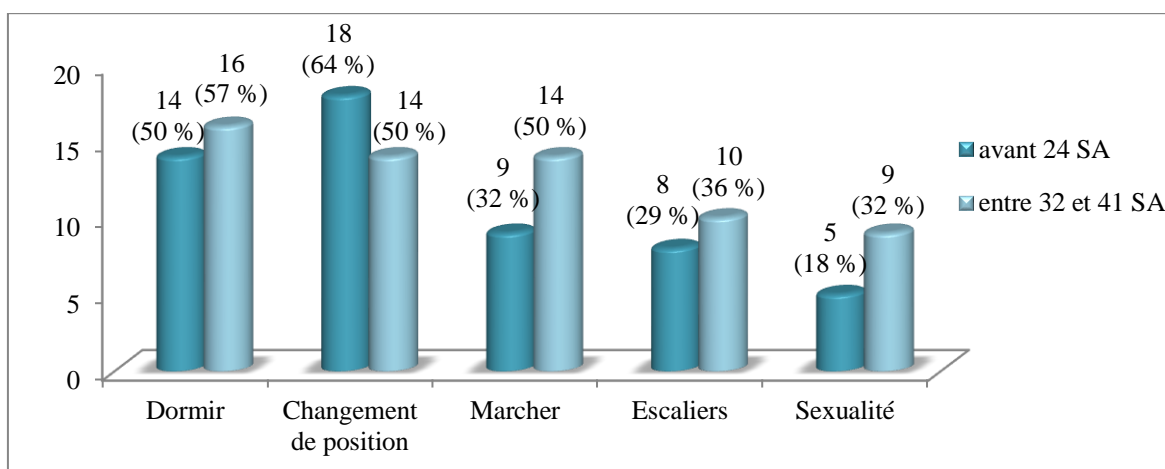


Figure 24 : Comparaison de la proportion des activités perturbées aux deux temps de la grossesse (n=28)

Le sommeil et les changements de position sont restés perturbés dans les mêmes proportions qu'en début de grossesse. La capacité à marcher et la sexualité sont plus altérées avec l'avancée de la grossesse, et dans une moindre mesure pour l'aptitude à monter les escaliers.

Nous allons maintenant aborder le point essentiel de l'étude sur la prise en charge des douleurs pelviennes. Cet item prend en compte toutes les femmes ayant souffert de ces douleurs pendant leur grossesse (N=40).

2.4. Prise en charge

2.4.1 Répartition

Le graphique suivant (Figure 25) met en évidence la répartition des femmes algiques ayant eu recours ou non à une prise en charge à un moment de leur grossesse.

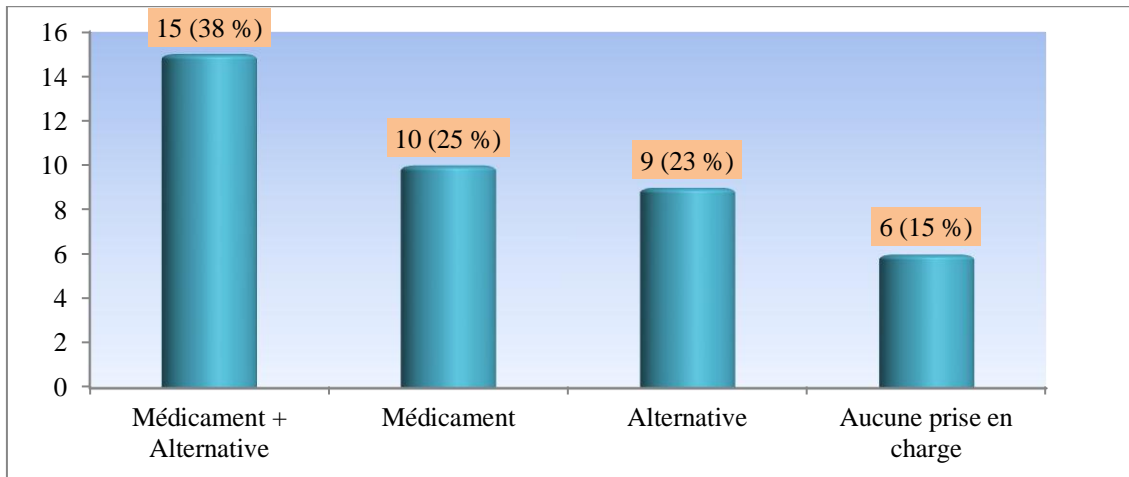


Figure 25 : Répartition de la prise en charge adoptée pendant la grossesse (n=40)

En moyenne, 61 % des femmes ont eu recours à une prise en charge médicamenteuse et/ou alternative. Parmi celles qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge (n=6), 3 (50 %) ont eu des pelvialgies d'apparition tardive ou qui ont cessé en cours de grossesse, 2 (33 %) n'ont parlé à aucun professionnel de santé de leurs douleurs et 4 avaient une douleur d'intensité faible (EVA = 2-3).

Pour connaître le nombre de patientes qui ont eu recours à chaque type de prise en charge, médicamenteuse et/ou alternative, nous avons listé toutes les prises en charge dans le graphique suivant (Figure 26).

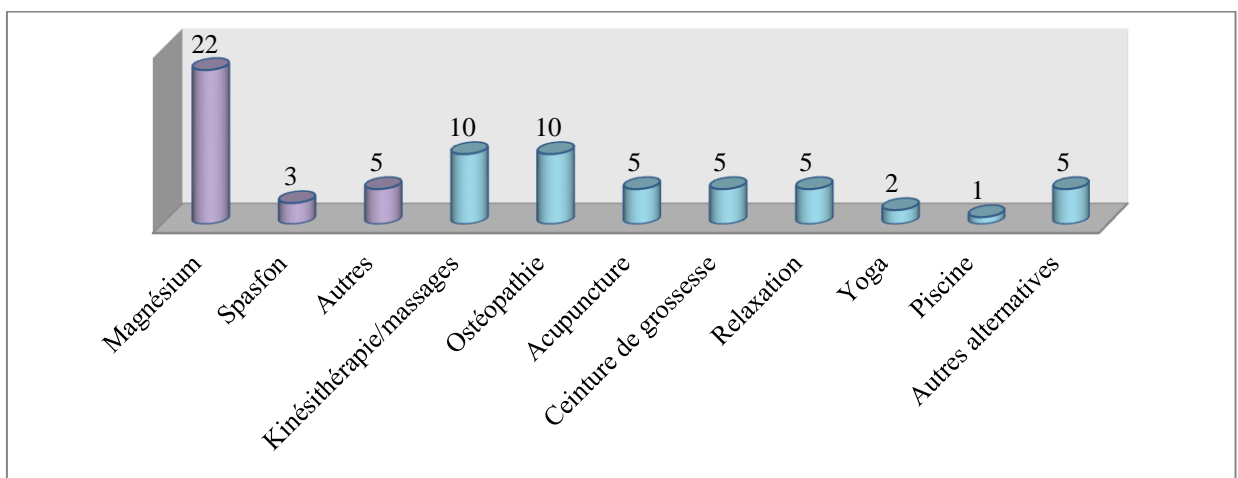


Figure 26 : Répartition des thérapeutiques utilisées

La supplémentation par magnésium a été prescrite dans 55 % (n=22) des cas. Les thérapies manuelles, kinésithérapie et ostéopathie, représentaient 50 % (n=20) des patientes.

Les autres médicaments prescrits (n=5) étaient du paracétamol, de la phytothérapie, de l'homéopathie (n=2) et un complément alimentaire (Zéneleg®).

La chiropractie, l'haptonomie, la bioénergie, l'application de chaleur locale et l'étirement lors des cours de préparation à la naissance étaient les autres alternatives adoptées par les patientes.

2.4.2 Soulagement

Tableau II : Soulagement en cas de prise en charge unique (N=19)

	Présence d'un soulagement
Médicament (n=10)	3 (30 %)
Alternative (n=9)	8 (89 %)

Tableau III : Origine du soulagement avec une prise en charge combinée (N=15)

	n	Présence d'un soulagement
Médicament (M)	7	1 (7 %)
Alternative (A)		6 (40 %)
M et A	8	7 (47 %)

Sur les 15 patientes, une patiente n'a été soulagée par aucune thérapeutique.

Tableau IV : Efficacité du soulagement selon le type de prise en charge adoptée

	Totale (T)	Partielle (P)	Inexistante	Soulagement (T+P)
Magnésium (N=22)	2	9	6	n=11 (50 %)
Spasfon (N=3)	1	0	1	n=1 (33 %)
Autres (N=5)	0	0	5	n=0
Kinésithérapie/massages (N=10)	1	8	0	n=9 (80 %)
Ostéopathie (N=10)	1	8	1	n=9 (90 %)
Acupuncture (N=5)	0	3	1	n=3 (60 %)
Ceinture de grossesse (N=5)	0	5	0	n=5 (100 %)
Relaxation (N=5)	0	5	0	n=5 (100 %)
Yoga (N=2)	0	2	0	n=2 (100 %)
Piscine (N=1)	1	0	0	n=1 (100 %)
Autres alternatives (N=5)	0	4	1	n=4 (80 %)

Il est à noter qu'il y a un biais de réponse concernant l'efficacité du soulagement par magnésium puisqu'il nous manque 6 patientes soit 27 %. Pour le spasfon, la kinésithérapie et l'acupuncture, cela ne concerne qu'une patiente.

2.4.3 Information et orientation vers une prise en charge alternative

- 26 femmes sur 40 soit 65 % ont reçu des conseils en faveur d'une prise en charge alternative et seulement 21 ont décidé d'en bénéficier. Par ailleurs, elles étaient 3 à avoir fait appel à une alternative sans avoir reçu des conseils auparavant.
- Provenance des conseils

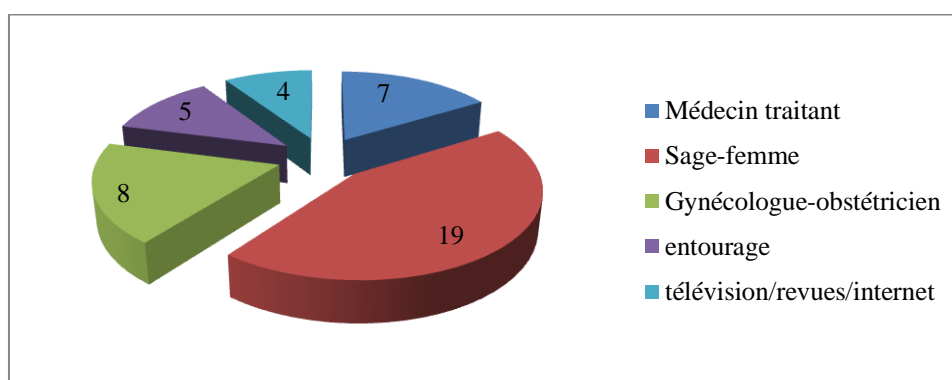


Figure 27 : Information sur les prises en charge alternatives (n=26)

A noter que sur les 26 femmes qui ont été conseillées, 14 d'entre elles soit 54 % ont reçu ces recommandations de la part de plusieurs professionnels et/ou sources.

2.4.4 Tableau V : Raisons du non-recours à une prise en charge alternative (N=14)

	coût	manque d'informations	manque de temps	aucun avis	pas envie/besoin	fatigue	peur/ pas à l'aise
kinésithérapie/massages	2	3	1			1	1
ostéopathie	1	1					2
Acupuncture	4	3				1	3
Ceinture de grossesse	1	2		1	2		2
Relaxation	1	1				1	
Piscine	2	2	1		1	1	
Effectifs (N)	11	12	2	1	3	4	8

Les patientes qui exprimaient une peur vis-à-vis de certaines alternatives ont évoqué la peur des aiguilles d'acupuncture, le fait de devoir se mettre sur le ventre lors d'une séance de massage et l'angoisse que la ceinture de maintien de grossesse serre le ventre.

2.4.5 Conseils de prévention et de soulagement des douleurs

18 femmes sur 40 soit 45 % ont reçu des conseils concernant des positions antalgiques. Parmi elles, 13 soit 72 % les ont reçus au cours du deuxième trimestre de leur grossesse.

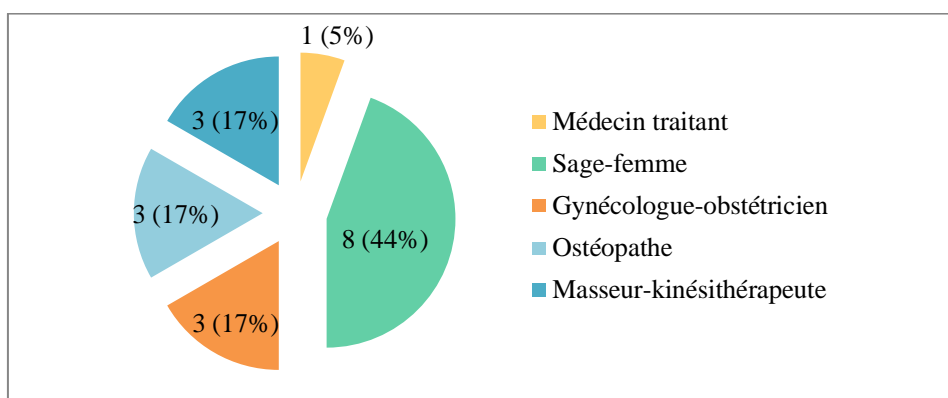


Figure 28 : Professionnels de santé prodiguant des conseils adaptés.

Nous allons aborder le dernier point de l'étude, cet item concerne la totalité des femmes souffrant de la ceinture pelvienne (N=40).

2.5. Bilan

2.5.1 Influence des douleurs pelviennes sur le vécu de la grossesse

Parmi les 40 femmes, 29 soit 52 % ont déclaré que les douleurs n'ont pas eu d'incidence sur le vécu de leur grossesse au quotidien. Pour les autres soit 48 % affirmant le contraire, voici quelques-uns de leurs témoignages :

- « je suis fatiguée, j'ai hâte que cela se termine » ;
- « il n'est plus possible de faire ce que l'on a envie quand chaque pas est un calvaire » ;
- « j'apprécie moins cette grossesse, je fais moins d'activité avec l'ainé ».

Ce qui revient : la fatigue, la baisse de moral, le fait de ne plus pouvoir faire autant d'activité qu'avant ce qui coïncide avec le besoin de plus de repos. La lassitude est aussi citée, elle est synonyme d'habitude aux douleurs.

Pour 50 % (n=10) des femmes dont le vécu de la grossesse a été modifié, la localisation des pelvialgies est typique du Syndrome de Lacomme selon la classification d'Albert et Al. L'intensité de la douleur chez ces patientes était comprise entre 4 et 8, ce qui correspond à la moyenne des scores de douleur observés.

2.5.2 Image de la douleur

Les 40 patientes estimaient que les pelvialgies faisaient partie des « petits maux » de la grossesse. D'ailleurs, 37 d'entre elles ont déclaré que ces algies ne les inquiétaient pas. Lorsqu'elles exprimaient une inquiétude (n=3) par rapport à ces douleurs, la consultation avec un professionnel de santé les rassurait.

2.5.3 Entourage

Les algies pelviennes étaient considérées comme anormales pour l'entourage de 3 patientes. L'une de ces patientes était elle-même inquiète par rapport à ces douleurs.

Par ailleurs, 33 femmes ont indiqué que leur entourage les aider pour effectuer les diverses tâches à accomplir au quotidien.

2.5.4 Satisfaction de la prise en charge

Nous avons demandé aux femmes de qualifier la prise en charge thérapeutique globale pendant leur grossesse. Seulement, les données étaient trop discordantes pour en extraire des données intéressantes.

2.5.5 Attentes et besoins exprimés par les femmes algiques

A l'issue du questionnaire, nous avons posé cette question : « quelle aurait été pour vous la meilleure prise en charge ? » Pour réponse, 20 patientes ont donné leur avis.

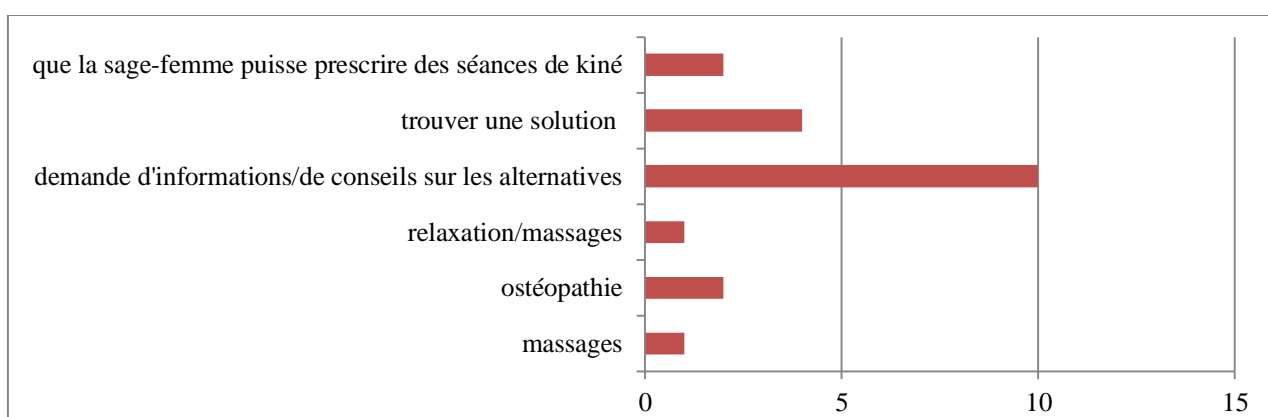


Figure 28 : Avis des femmes sur leur prise en charge et ce qu'elles auraient souhaité

Les 3 premières propositions résument les attentes des femmes enceintes envers les professionnels de santé. Les dernières correspondent à la meilleure prise en charge souhaitée par les patientes.

TROISIEME PARTIE

I- CRITIQUE DE L'ETUDE

1.1. Les limites

Le taux de réponses aux questionnaires est de 33 % soit 48 femmes malgré les quatre mois de l'étude. Le fait pour les femmes de devoir remplir deux questionnaires à deux temps de la grossesse et la longueur du questionnaire peuvent être à l'origine de ce taux de réponses. Le mode de diffusion par courrier ou mail aurait peut-être amélioré cette participation.

Dans l'item de l'évolution des douleurs en cours de grossesse, six patientes ont été perdues de vue après le remplissage du premier questionnaire, ce qui peut créer un biais.

Le faible taux d'inclusions ainsi que le manque de réponses à certaines questions induit un nombre important de petits effectifs dans les sous-populations étudiées rendant l'analyse des items associée difficile.

Dans l'étude, la classification d'Albert et al est une base pour différencier les types de douleurs de la ceinture pelvienne décrites par les patientes. Cependant, l'absence d'examen clinique précis ne permet pas d'affirmer le diagnostic.

Nous avons essayé d'évaluer le niveau d'invalidité à la marche. Les résultats étant subjectifs et n'ayant pas trouvé de référence dans la littérature, ils n'ont pas été exploités. Après réflexion, il aurait été bon de recenser le degré exact de la gêne occasionnée par les douleurs sur les activités de la vie quotidienne en utilisant une échelle spécifique (numérique).

Concernant l'item sur le soulagement des douleurs, nous aurions pu évaluer l'influence de la réassurance et de la préparation à la naissance.

Plusieurs patientes ont bénéficié de plusieurs thérapeutiques alternatives et la question du soulagement ne précisait pas si ce dernier était lié à une alternative particulière ou à plusieurs.

1.2. Les atouts

L'étude s'est déroulée au sein des deux maternités de Caen, le CHU et la Polyclinique du Parc, permettant de toucher une large population de femmes enceintes suivies par des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens et des médecins généralistes.

De plus, l'étude était composée de deux questionnaires afin de bien préciser l'évolution des douleurs au cours de la grossesse.

Par ailleurs, il s'agissait d'une étude prospective mettant en avant des données actualisées par rapport au diagnostic et à la prise en charge des douleurs de la ceinture pelvienne. Les questions ouvertes ont permis de mettre en avant les attentes et les besoins des femmes enceintes vis-à-vis des professionnels de santé.

II- ANALYSE ET DISCUSSION

Afin d'enrichir l'analyse des résultats et la discussion, nous avons effectué des entretiens auprès de professionnels de santé qui exercent dans le domaine de la périnatalité. Deux sages-femmes et deux gynécologues-obstétriciens, ainsi qu'un médecin acupuncteur, un médecin ostéopathe et deux masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés. Ces entretiens ont porté d'une part, sur leurs connaissances concernant les douleurs de la ceinture pelvienne et leur manière de les diagnostiquer et d'autre part sur la prise en charge proposée, la façon dont elle se déroule et la satisfaction des patientes. La trame de l'entretien est en annexe III.

Ces témoignages viennent en complément des études réalisées sur le sujet.

2.1. Les facteurs n'ayant pas d'influence

2.1.1 L'âge maternel

Nous avons remarqué que toutes les catégories d'âge étaient touchées par les douleurs pelviennes : 86 % des 20-35 ans et 67 % des plus de 35 ans. Cependant, la deuxième catégorie représente seulement 6 patientes. Il est ainsi difficile de tirer des conclusions d'autant que plusieurs articles dont le guide de recommandations européennes publié par Vleeming et al en 2008 [4] ne mettent pas en avant le rôle prépondérant de l'âge dans l'apparition des douleurs de la ceinture pelvienne.

2.1.2 Indice de masse corporelle (IMC)

De la même façon que l'âge, 83 % en moyenne des femmes ayant un IMC $\geq 18,5$ et 67 % de celles ayant un poids insuffisant ($< 18,5$) vont développer des douleurs pelviennes gravidiques mais les dernières sont au nombre de trois. Nous avons en tête que les douleurs seraient plus en lien avec un IMC supérieur à 25, synonyme de surpoids. Cependant,

plusieurs études dont celle d'Albert et al en 2006 n'ont pas pu affirmer qu'un indice de masse corporelle élevé conditionnait l'apparition des douleurs pelviennes [21].

2.2 Les facteurs de risque vrais

2.2.1 La gestité et la parité

Dans l'étude, les algies pelviennes se sont manifestées chez 88 % des primigestes et 78 % des multigestes, la différence n'étant pas significative.

L'explication de ces résultats relève pour la primigestité d'une distension ligamentaire consécutive à l'augmentation soudaine et pour la première fois du volume utérin associé au taux de relaxine élevé. A l'origine des pelvialgies des multigestes, nous pouvons associer la multiparité puisque ces femmes ont souvent des enfants en bas âge à s'occuper impliquant de devoir effectuer beaucoup de mouvements inadaptés provoquant les douleurs pelviennes.

Toutefois, un article de 2005 met plus en avant le rôle d'un antécédent de pelvialgies lors d'une grossesse antérieure que celui de la multiparité seule [22]. En comparaison, nos résultats montrent que 73 % de primipares et la totalité des multipares ont des algies pelviennes gravidiques. Et seulement 29 % (n=2/7) des multipares ont déjà subi des pelvialgies lors d'une grossesse antérieure.

2.2.2 Situation professionnelle et conditions de travail

Il est établi que les modes de déclenchement des douleurs de la ceinture pelvienne sont multiples. Entre autres, il y a la station debout ou assise prolongée, la marche, et une activité professionnelle pénible, stressante et ne donnant pas de satisfaction personnelle [4] [21]. L'étude montre que toutes les catégories professionnelles sont touchées par ce type de douleurs mais les faibles effectifs ne nous permettent pas de mettre en évidence si une catégorie est plus touchée qu'une autre. Nous notons paradoxalement la prédominance des douleurs pelviennes chez les femmes sans activité professionnelle (n=10) qui en développent toutes, alors que seulement 6 d'entre elles ont au moins un enfant, les 4 autres sont primipares et toutes n'ont pas d'antécédent particulier.

Concernant les conditions de travail, en scindant notre population en deux groupes, travail en position statique prolongée (debout ou assis) et travail en mouvement avec port ou non de charges lourdes, nous retrouvons des résultats similaires avec 73 % de femmes souffrant d'algies pelviennes d'un côté et 88 % de l'autre.

Cela coïncide avec les résultats de l'étude de Wu et al de 2008 [24] et nous incite à nous poser la question de la posture au travail et des conseils à donner pour prévenir ou éviter l'aggravation des douleurs.

2.2.3 Antécédents de douleurs lombaires basses et de traumatismes lombo-pelviens

Le guide de recommandations de 2008 reprenant les données fiables de l'étude d'Albert et Al précise que les facteurs de risque les plus probables d'algies de la ceinture pelvienne sont les antécédents de douleurs lombaires basses ou de traumatismes lombo-pelviens [3].

Dans notre étude, 14 femmes sur 20 soit 70 % n'ayant pas de douleurs lombaires et 26 sur 28 soit 93 % en ayant vont développer des algies de la ceinture pelvienne. La différence n'est pas significative du fait du manque de puissance de l'échantillon.

En outre, des douleurs sont apparues chez 6 femmes sur 8 soit 75 % ayant signalé un antécédent de chirurgie lombo-pelvienne.

2.2.4 Antécédents de douleurs pelviennes gravidiques

Comme nous l'avons précédemment dit, si une femme a un antécédent de pelvialgies gravidiques, il y a plus de risques que les douleurs récidivent lors d'une grossesse ultérieure. Nous concernant, 6 multigestes sur 23 (26 %) seulement ont admis avoir eu ce type de douleur et elles sont réapparues à cette grossesse pour 5 d'entre elles. Alors, même si nos résultats semblent concorder avec ceux de la littérature qui désignent l'antécédent de syndrome de Lacomme comme le facteur de risque le plus important [3] [25], nous ne pouvons pas tirer de conclusion.

2.2.5 Autres facteurs de risque

- Une hyperlaxité préexistante ajoutée au relâchement ligamentaire d'origine hormonale de la grossesse, sans qu'il y ait de compensation musculaire pour garantir la stabilité articulaire, peut être à l'origine des douleurs pelviennes. Or, plusieurs études n'ont pas trouvé de corrélation entre le degré d'hyperlaxité et la présence de douleurs pelviennes [22].

Sur les 6 patientes souffrant d'hyperlaxité préexistante, 5 ont eu des pelvialgies gravidiques. La sixième disait avoir une hyperlaxité depuis la prise de Xanax® et d'après le Vidal, la faiblesse musculaire est un effet indésirable [23].

Il semblerait tout de même qu'en prévention des douleurs de la ceinture pelvienne gravidique, les femmes souffrant d'une hyperlaxité ou d'une cambrure marquée avant la grossesse devraient porter pendant la grossesse la ceinture de maintien pour compenser les changements de statique pelvienne [14].

- Le lien entre l'existence d'une pathologie ostéo-articulaire (sciatique, arthrose, spondylolisthésis) ou d'une carence en potassium ou calcium, présente chez 10 femmes sur 48, et leur implication dans l'apparition pour toutes ces femmes d'algies pelviennes gravidiques ne peut être fait au vu du peu de patientes concernées.

Cependant, avec la grossesse, nous savons qu'il y a une diminution des stocks en minéraux et en vitamines et des suppléments peuvent être mises en place pour prévenir l'apparition de douleurs ostéo-articulaires [9].

2.3. Les autres facteurs

2.3.1 L'activité sportive

Selon diverses études, la pratique d'une activité physique régulière avant la grossesse serait un facteur protecteur de l'apparition de douleurs pelviennes sauf que nous n'avons pas trouvé de différence significative dans notre étude [25].

2.3.2 Impact de la participation du conjoint aux tâches ménagères

Nous voulions étudier l'impact de la participation du conjoint aux tâches ménagères sur l'apparition de douleurs de la ceinture pelvienne. Ce facteur n'a été considéré dans aucune étude jusqu'à maintenant.

Cependant, la différence n'est pas significative, que le conjoint participe fréquemment (toujours et souvent) ou très peu/pas du tout.

2.4. Caractéristiques des algies de la ceinture pelvienne

2.4.1 La fréquence

Dans notre étude, la prévalence des douleurs pelviennes seules est de 46 % (n=22/48) et celle des algies lombo-pelviennes est de 38 % (n=18/48). Le syndrome de Lacomme typique selon la classification d'Albert et al représente 29 % de la population interrogée.

Ces données sont comparables à celles du guide anglais de 2011 de l'ACPWH indiquant que la prévalence des douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse se situe entre 50 et

70 % et celle du syndrome de Lacomme entre 14 à 22 % [26]. En sachant que nous ne savons pas si les douleurs pelviennes seules sont incluses dans la prévalence des douleurs lombo-pelviennes.

2.4.2 Terme d'apparition

90 % des femmes de notre étude ont commencé à ressentir des douleurs au niveau de la ceinture pelvienne avant 24 SA alors que dans la littérature, ces douleurs apparaissent vers la 18^{ème} SA et atteignent un pic entre 24 et 36 SA [6].

Lors des entretiens effectués avec les professionnels de santé suivant des femmes enceintes, ils remarquaient tous au quotidien l'apparition précoce de ces douleurs, autour du 4^{ème} mois de grossesse.

Il y a une explication pour chacun des deux termes d'apparition. Avant 24 SA, l'imprégnation hormonale en relaxine est à son maximum induisant le relâchement ligamentaire et le poids utérin s'accroît provoquant l'étirement de ces mêmes ligaments. Entre 24 et 36 SA, le volume utérin continue sa croissance et au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse, les ligaments se trouvent étirés surtout par l'appui de la tête fœtal sur le pelvis.

Ces phénomènes n'arrivent pas brutalement pendant la grossesse, ce qui explique que 65 % des femmes algiques de la ceinture pelviennes déclarent que les douleurs sont apparues progressivement.

2.4.3 Localisation

Les douleurs typiques du syndrome de Lacomme selon la classification d'Albert et al comprennent des algies sacro-iliaques et publiennes et elles atteignent 29 % des femmes interrogées. Les algies antérieures et postérieures sont respectivement présentes dans 23 et 21 % des cas, ce qui est équivalent.

Cependant, la traduction clinique des douleurs diagnostiquées comme étant un syndrome de Lacomme par les professionnels de la grossesse se résument souvent aux seules douleurs pelviennes antérieures. D'un côté, cela peut signifier que les patientes ressentent une douleur plus intense et gênante en antérieure et n'évoquent qu'elles au moment de la consultation.

De l'autre, le terme « pregnancy related pelvic girdle pain (PPGP) » ou syndrome douloureux ostéo-musculo-articulaire abdomino-pelvien de la grossesse en français (Syndrome de Lacomme), n'a été introduit qu'en 2005 [3].

Avant, le syndrome de Lacomme était communément appelé syndrome douloureux des symphyses et les douleurs sacro-iliaques n'étaient pas prises en compte.

En fin de grossesse, les douleurs ont tendance à toucher la globalité de la ceinture pelvienne puisque 50 % des douleurs ont une localisation typique du syndrome de Lacomme selon Albert et al.

2.4.4 Ressenti

Dans la littérature, il est décrit que les douleurs antérieures sont souvent synonymes d'étirement des plis inguinaux et les douleurs lombo-sacrées pouvant irradier jusqu'au membre inférieur miment une sciatique [6] [9]. En effet, dans notre étude, 84 % des femmes ayant des pelvialgies antérieures ressentent des tiraillements et 58 % des patientes souffrant des articulations sacro-iliaques ont des sciatalgies. Entre 32 et 41 SA, les rapports sont sensiblement les mêmes mis à part pour la pesanteur qui est deux fois plus ressentie qu'en début de grossesse. Cette sensation est sûrement en rapport avec l'appui de la tête fœtale sur le pelvis en fin de gestation.

2.4.5 Intensité de la douleur

Une étude de Kristiansson et al 1996 a fait ressortir l'intensité moyenne des douleurs de la ceinture pelvienne gravidique. Elle se situe sur l'échelle numérique d'évaluation de la douleur à 5-6 et cela concorde avec les nôtres où 73 % des femmes cotent leur douleur entre 4 et 6 [27].

De plus, dans un article de la revue Cochrane de 2008, il est décrit qu'avec l'avancée de la grossesse, l'intensité de la douleur évolue et s'accroît [28]. En effet, en fin de gestation, 64 % de notre population cotent leur douleur entre 4 et 6 et 21 % à 7-8.

L'augmentation du poids utérin majorant la perturbation de la statique pelvienne, ainsi que l'effet de pesanteur de la tête fœtale sont des explications de cette augmentation.

A noter, l'intensité de la douleur est très subjective mais les douleurs de la ceinture pelvienne seraient plus sévères que les lombalgies gravidiques [6].

2.4.6 Impact sur la vie quotidienne

Comme les douleurs se manifestent plus souvent lors d'un changement de position ou lors du maintien prolongé d'une position, les pelvialgies interfèrent avec de nombreuses activités de la vie quotidienne comme la marche, l'activité sexuelle, professionnelle, de loisir et aussi le sommeil [6].

82 % des femmes (n=37) ressentent au moins une gêne ayant un impact sur le quotidien. Les changements de position (se lever ou se retourner dans son lit) et le sommeil sont les plus citées dans notre étude, respectivement dans 55 % (n=22) et 43 % (n=17) des cas. Nous aurions aimé établir un lien entre le fait de se retourner dans le lit et la difficulté à trouver le sommeil, sauf que 36 % (n=8) des femmes déclarant les changements de position comme étant difficiles n'ont pas précisé le ou lesquels l'étaient.

80 % (n=8/10) des femmes ayant des difficultés à monter les escaliers sont aussi gênées pour marcher.

Tout cela montre la dimension de l'impact des douleurs de la ceinture pelvienne sur le quotidien, d'où l'importance de les diagnostiquer et de proposer une prise en charge.

2.5. Le diagnostic et ses modalités

Sur les 40 patientes ayant eu des algies de la ceinture pelvienne d'après la classification d'Albert et al, 30 % (n=12) n'ont pas obtenu de diagnostic de leurs douleurs alors que 67 % ont consulté un professionnel de santé. Ce chiffre est conséquent et peut s'expliquer d'une part par l'oubli par la patiente du diagnostic évoqué par le professionnel. De l'autre, la banalisation de ces douleurs peut induire l'absence de diagnostic avéré.

Toutefois, 70 % (n=25) des femmes ont obtenu un diagnostic de leurs douleurs. 72 % sont en lien avec la ceinture pelvienne : douleurs ligamentaires, Syndrome de Lacomme, sciatalgies et douleurs coccygiennes. Le syndrome de Lacomme a été évoqué 1 seule fois contre 14 fois pour les douleurs ligamentaires, alors que la localisation typique du Syndrome de Lacomme a été décrite par 14 patientes. Il est possible que certains professionnels de santé fassent l'amalgame entre Syndrome de Lacomme et douleurs ligamentaires isolées.

« Le diagnostic de douleur de la ceinture pelvienne [...] sera confirmé ou infirmé grâce à des tests reproduisant les douleurs ressenties chez les patients » [4].

Cet extrait du guide européen des recommandations de 2008 expose l'importance de l'examen clinique dans la démarche diagnostique.

Le diagnostic reposait sur l'interrogatoire seul dans 42 % des cas (n=17) et un examen clinique a été pratiqué dans seulement 28 % des cas.

Ces résultats sont le reflet du peu de diagnostics de Syndrome de Lacomme.

Aussi, en parlant d'examen clinique avec les professionnels de santé, nous avons remarqué que ces derniers ne connaissaient pas l'existence des tests cliniques qui permettent de faire le diagnostic des algies de la ceinture pelvienne.

Ils évoquent que les plaintes de la patiente, spécifiques à ce type de douleurs peuvent suffire à faire le diagnostic. Ils complètent, de manière quasi systématique, l'interrogatoire par un toucher vaginal à la recherche de 3 zones douloureuses caractéristiques du syndrome pelvien gravidique.

2.6. La prise en charge

2.6.1 La répartition

Elle met autant en valeur les thérapeutiques médicamenteuses que les alternatives. En effet, 38 % (n=15) des femmes algiques vont bénéficier d'une médication associée à une prise en charge alternative. Et, il y a une répartition équivalente entre le recours seul aux médicaments ou à une alternative seule, autour de 24 % (n=9-10).

La thérapeutique médicamenteuse la plus plébiscitée par les professionnels est le magnésium à 55 % (n=22). Nous n'avons pas pu retrouver de données littéraires concernant la prescription de magnésium, tout comme pour les prises en charge alternatives, mais il est admis qu'il est largement prescrit par les professionnels [1]. Le paracétamol, antalgique de première intention n'a été prescrit qu'une seule fois. Cela va dans le sens qu'il n'est pas ou peu adapté à l'intensité des algies de la ceinture pelvienne [3].

Concernant les alternatives, 10 femmes ont plébiscité l'ostéopathie et la massokinésithérapie et 5 ont choisi l'acupuncture et la ceinture de grossesse, alors que ces dernières alternatives sont les plus conseillées par les professionnels de santé. Des médecins-acupuncteurs réalisent des consultations hebdomadaires au CHU de Caen. Concernant la ceinture de maintien, elle est obtenue sur simple prescription médicale.

Les femmes qui se sont tournées vers l'ostéopathie et la massokinésithérapie sont 15 soit 75 % à avoir un antécédent de pathologie ostéo-articulaire, d'hyperlaxité ou d'algies dorsolombaires. Ce qui signifie qu'elles ont possiblement rencontré ces professionnels avant la grossesse pour ces antécédents et se tournent plus facilement vers eux pour résoudre les « petits maux » de la grossesse. Elles font confiance à des thérapeutes et à une thérapie connue. C'est en tout cas les propos de l'ostéopathe et des masseurs-kinésithérapeutes interrogés.

Ces derniers proposent à leurs patientes qui consultent habituellement de venir les voir pendant leur grossesse pour soulager certains « petits maux » ou pour préparer l'accouchement. Seulement une faible proportion de leur clientèle est adressée par le corps médical obstétrical.

La relaxation, le yoga et la piscine font partie des modules de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et concernent 8 patientes de notre étude soit 20 %. Nous aurions sûrement obtenu un effectif plus grand en posant la question de l'influence de la PNP sur les algies de la ceinture pelvienne, d'autant plus que ces cours se développent au CHU de Caen.

Pour celles qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge, les raisons sont :

- la douleur était supportable puisque d'intensité faible ;
- la douleur est apparue tardivement ou elle a disparu en cours de grossesse ;
- les femmes concernées n'ont pas demandé l'avis d'un professionnel de santé.

Dans la globalité, les douleurs étaient supportables et supportées par les patientes qui ne ressentaient aucunement le besoin d'une prise en charge.

2.6.2 Information et orientation vers une prise en charge alternative

65 % des femmes de notre étude (N=26) ont reçu des conseils ou des informations concernant les alternatives possibles pour soulager les algies de la ceinture pelvienne.

Ce taux relativement élevé vient en contradiction avec notre hypothèse de départ dans laquelle nous signifiions que les professionnels de santé conseillaient très peu les thérapies alternatives. Cependant, il existe des disparités entre les différents professionnels de santé.

Dans 55 % des cas (n=14), les conseils provenaient de plusieurs professionnels et/ou sources (entourage ou médias).

La sage-femme les a prodigués à 19 femmes sur les 26 soit 75 %. Ce chiffre met évidence le rôle prépondérant de la sage-femme dans le suivi de grossesse de prévention et son implication dans la prise en charge des « petits maux » de la grossesse.

Les médecins généralistes et les gynécologues ont conseillé 29 % des femmes soit 7-8 femmes chacun. Ces professionnels reconnaissent une certaine méconnaissance vis-à-vis de ces alternatives ce qui peut expliquer ces faibles effectifs.

L'entourage a servi de guide pour 4 patientes et les médias pour 7 femmes.

Comparé à l'importante quantité d'informations circulant sur internet ou dans les magazines, le nombre de femmes faisant appel aux médias est faible, ce qui prouve que les patientes ont confiance en l'équipe de périnatalité.

2.6.3 L'efficacité des différentes prises en charge

Nous allons comparer nos résultats aux recommandations européennes de 2008 dans lesquelles un niveau de preuve de A à D, fondé sur l'Evidence Based Medicine, a été attribué à chacune des thérapeutiques utilisées pour soulager les algies de la ceinture pelvienne [4].

Dans l'étude, les différentes thérapeutiques, médicamenteuses et alternatives, permettent essentiellement une amélioration partielle des douleurs.

Sur les 34 patientes ayant bénéficié d'une prise en charge, qu'elle soit combinée (médicamenteuse et alternative) ou unique (médicamenteuse ou alternative), 9 patientes soit 26 % n'ont ressenti aucun soulagement.

Les thérapeutiques médicamenteuses

- ✓ Le magnésium soulage 50 % de nos patientes et même si les études n'ont pas pu montrer de réelle efficacité du magnésium, associé à la vitamine B6 (MagB6®), il a un effet myorelaxant et son efficacité se voit théoriquement sous 15 jours.

Nous avons un biais de réponse puisque 5 patientes sur les 22 soit 23 % n'ont pas répondu concernant le bénéfice du magnésium sur leurs douleurs. Le coût de ce médicament non remboursé par la sécurité sociale peut induire une mauvaise observance du traitement, même si seulement 2 patientes avouent ne pas avoir suivi le traitement.

Le soulagement n'est pas apparu chez 6 patientes soit 27 %.

Nous ne pouvons pas faire de parallèle avec les recommandations européennes puisque le magnésium n'en fait pas partie à cause de son manque d'imputabilité.

- ✓ Il n'est pas évident de tirer des conclusions concernant les autres thérapeutiques médicamenteuses au vu du faible effectif pour chacune d'entre elles. Le spafon procure un soulagement dans 1 cas sur 3 et les autres thérapeutiques n'en procurent aucun. De plus, les antalgiques ne sont pas recommandés au niveau européen [4].

Les thérapies alternatives

Elles sont à l'origine du soulagement des douleurs dans 89 % de nos cas en moyenne.

Comparé au magnésium qui soulage 50 % des patientes, les alternatives sont un bon moyen de soulagement des algies pelviennes, ce qui confirme notre hypothèse de départ.

- ✓ Les thérapies manuelles comme l'ostéopathie ont soulagé 9 patientes sur 10. Toutefois les études réalisées jusqu'à maintenant et la dernière d'Elden et al de 2013 [29] n'ont pas pu mettre en évidence d'effets significatifs sur les douleurs pelviennes. L'ostéopathie n'est donc pas recommandée (évidence de niveau D) mais n'est pas contre-indiquée si elle soulage des symptômes douloureux. Cependant, les études réalisées sont encore peu nombreuses et il est possible qu'avec le développement de cette pratique chez les femmes enceintes, les études à venir la recommanderont.

La masso-kinésithérapie a permis un soulagement des algies pour 9 patientes sur les 10 qui en ont bénéficié. Tout en sachant qu'il nous manque l'avis d'une patiente.

- ✓ Les massages (évidence de niveau C) permettent de réduire les lombo-sciatalgies et aussi de lever l'anxiété déclenchée par les douleurs, en améliorant l'humeur et le sommeil mais ils ne constituent pas un traitement à eux seuls. Ils peuvent être accompagnés d'une kinésithérapie comprenant des exercices de stabilisation articulaire, type postures, afin d'éviter les mouvements inadéquats (évidence de niveau C).
- ✓ L'acupuncture a été bénéfique à 3 femmes sur les 5 qui l'avaient choisie. A noter, sur les deux patientes non soulagées, l'une n'a pas donné son avis concernant la qualité du soulagement et l'autre n'a fait qu'une seule séance d'acupuncture. Seulement, selon l'avis du médecin acupuncteur, trois séances de 20 min peuvent être nécessaires pour espérer une amélioration des douleurs. Au-delà, il est peu probable de ressentir un soulagement mais ce professionnel a déclaré que le syndrome de Lacomme était une des meilleures indications de l'acupuncture. De plus, l'acupuncture fait l'objet de nombreuses études depuis plusieurs années. Elles ont montré son effet bénéfique et significatif sur la douleur et l'état fonctionnel des femmes enceintes ayant des pelvialgies. De ce fait, elle obtient une évidence de niveau B.

- ✓ Par contre, la ceinture pelvienne portée sur de courtes durées, n'a obtenu qu'une preuve d'efficacité de niveau D. Mais il est admis qu'elle peut soulager les symptômes et permettre aux femmes gênées auparavant d'effectuer à nouveau les activités quotidiennes, en palliant la laxité ligamentaire et en corrigeant la posture. En tout cas, elle s'est révélée efficace pour les 5 patientes qui l'ont portée.
- ✓ Malgré un effectif restreint de femmes ayant bénéficié de la relaxation, de la piscine et du yoga (n=8), les résultats sont encourageants avec 100 % de soulagement.

La relaxation permet de prendre conscience de son corps et de diminuer l'angoisse. La piscine procure un sentiment de légèreté par libération des muscles et des articulations [28] [30]. Le yoga, grâce aux postures, permet de libérer certaines parties du corps et les articulations associées.

Ces cours font partie de la préparation à la naissance et correspondraient à un type de thérapie physique recommandée (évidence de niveau C). Elle comprend une information pour réduire l'anxiété, des exercices spécifiques et des conseils ergonomiques pour une mobilisation adéquate au quotidien.

Nous avons vu dans la première partie de ce mémoire l'importance de la réassurance des patientes quant au caractère bénin des douleurs du syndrome de Lacomme. Cet item n'a pas été intégré à l'étude, cependant les professionnels de santé ainsi que les recommandations européennes le mettent en avant. Des informations adéquates vont réduire les craintes et encourager les patientes à prendre part à leur prise en charge (évidence de niveau D) [4].

Bien entendu, les algies de la ceinture pelvienne ne peuvent pas être soulagées avec un seul comprimé de magnésium ou une seule séance d'acupuncture, d'ostéopathie, ... Cela demande une adhésion et une observance parfaite des patientes au traitement proposé.

De plus, chaque cas est unique et une seule thérapeutique ne peut convenir et soulager toutes les patientes. C'est pourquoi, il est important de proposer toutes les thérapeutiques existantes.

2.6.4 Les entraves aux thérapeutiques alternatives

Plus de 60 % (n=24/40) des femmes de notre étude ont adopté une prise en charge alternative et globalement 89 % des femmes ont été soulagées, partiellement ou totalement.

Même si ce chiffre montre bien l'engouement des femmes pour ce type de prise en charge, nous avons voulu savoir pourquoi certaines femmes hésitaient encore à faire le pas. 14 femmes soit 35 % nous ont donné leur avis.

Les patientes ne se tournent pas vers les prises en charges alternatives d'abord par manque d'information (n=12) et à cause du coût des séances (n=11) puis par peur ou par crainte de ne pas être à l'aise (n=8).

Le manque de temps, le fait de ne pas avoir envie, la fatigue concernent très peu de patientes, 3 en moyenne pour chaque réponse.

- ✓ Le coût reste un problème majeur puisque nous avons vu que les algies de la ceinture pelvienne apparaissent souvent à un terme précoce, moins de 24 SA dans 90 % des cas et la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale débute à ce terme [31].

Le seul moyen pour les femmes de se faire rembourser avant ce terme est d'avoir une prescription médicale mais les sages-femmes n'ont pas ce droit de prescription [32].

- ✓ Quand elles parlent de peur, les patientes expriment différentes angoisses. « La peur des aiguilles d'acupuncture, la crainte de devoir se mettre dans des positions inconfortables lors d'une séance de massage et l'impression que la ceinture de maintien va leur serrer le ventre. D'autres ont une appréhension de la médecine ostéopathique ».

La réassurance par rapport aux pratiques et l'information par les professionnels auraient sûrement pu lever ces craintes.

- ✓ Les patientes, pour être soulagées de leur douleur, suivent les indications des professionnels qu'elles consultent d'où l'importance de la qualité et de la personnalisation des informations délivrées.

2.6.5 Conseils de prévention et/ou de soulagement des douleurs

Le guide européen de recommandations [4] souligne le rôle des conseils ergonomiques, adéquats pour améliorer la mobilisation et éviter les mouvements inadaptés, ceux qui sont effectués au quotidien et sont à l'origine des douleurs du syndrome de Lacomme.

Dans notre étude, 45 % (N=18) des femmes algiques ont reçu des conseils de ce type.

Cela paraît à la fois peu et en même temps encourageant.

Les sages-femmes sont les premières à donner ces conseils (n=8), puis les kinésithérapeutes, les ostéopathes, les gynécologues-obstétriciens (n=3) et enfin les médecins généralistes (n=1).

Les sages-femmes suivent de plus en plus de formations complémentaires comme la relaxation et le yoga qu'elles peuvent exploiter lors des cours de PNP pour guider au mieux les femmes enceintes demandeuses.

Les ostéopathes et les kinésithérapeutes de par leur formation et les objectifs de leur pratique, traitement des problèmes articulaires et des dysfonctionnements de l'organisme, donnent souvent des conseils pour les gestes et les postures les plus adaptés au quotidien.

2.7. Modification du vécu de la grossesse

19 patientes sur 40 soit 48 % ont estimé que le syndrome douloureux pelvien a eu un impact sur le vécu de leur grossesse, ce qui est significatif.

Ce chiffre paraît d'autant plus étonnant car, si nous faisons un parallèle avec les résultats de soulagement, 74 % ont estimé avoir ressenti un apaisement voir un amendement de leurs douleurs.

Toutefois, 10 femmes sur les 19 soit 50 % avaient une localisation de leurs douleurs typiques du syndrome de Lacomme, selon Albert et al, et 14 sur 19 soit 74 % ont coté leur douleur entre 6 et 8.

Ainsi, nous pouvons penser que même si les femmes ont bénéficié d'une prise en charge, cette dernière n'était pas forcément adaptée au caractère invalidant et à l'intensité élevée de leurs douleurs.

Même si ces douleurs ont pu avoir un impact sur le vécu, elles ne les inquiétaient pas. La majorité, 37 sur 40, estimait que cela faisait partie des petits maux de la grossesse et pour celles qui étaient angoissées, le professionnel de santé a joué un rôle de réassurance.

2.8. Attentes et besoins exprimés par les patientes

Nous avons interrogé les femmes pour savoir quelle aurait été pour elles la meilleure prise en charge et seulement la moitié d'entre elles ont répondu (n=20).

En premier lieu, 10 estiment ne pas avoir eu d'informations ou de conseils sur les différentes alternatives possibles pour soulager ce type de douleur.

Puis, 4 auraient aimé que les professionnels de santé trouvent une solution pour les soulager et deux autres que les sages-femmes puissent prescrire des séances de kinésithérapie.

Au final, seulement 4 femmes ont déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge adaptée.

Toutes ces réponses résument les points essentiels de notre étude et vont être la base de nos propositions.

III- PROPOSITIONS

3.1. L'information des professionnels de santé

Ces douleurs, même si elles sont « bénignes » peuvent être très invalidantes. La prise en charge des douleurs liées au syndrome de Lacomme est donc indispensable.

Pour améliorer la prise en charge et répondre aux attentes des femmes, l'information et la formation des professionnels de santé est prioritaire.

- ✓ Des conseils de prévention simples pour éviter les mouvements inadéquats à l'origine de l'apparition ou de l'aggravation des douleurs pelviennes sont à donner. Ils concernent les activités de la vie quotidienne comme la marche, la montée des escaliers, la manière de se retourner dans son lit. Nous les avons évoqués dans la première partie de ce mémoire. De plus, il existe des postures spécifiques d'étirement des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne [14].
- ✓ Même si le temps de consultation reste limité, il me paraît essentiel que les professionnels de santé aient connaissance des tests cliniques nécessaires au diagnostic du syndrome de Lacomme. Une amélioration du diagnostic induit certainement une amélioration de la prise en charge.
- ✓ Une information détaillée sur les différentes thérapeutiques (médicamenteuses et alternatives) à notre disposition permettrait aux professionnels de santé d'adapter la prise en charge au profil de chaque patiente et de l'orienter vers le professionnel compétent.

3.2 Le libre accès aux thérapeutiques

L'assurance maternité prend en charge à 100 % (soins et actes) seulement à partir du sixième mois. Cependant, dans notre étude, la majorité des douleurs apparaissent avant le sixième mois [31].

De ce fait, si les patientes n'ont pas les moyens de suivre la prise en charge proposée, cela induit une mauvaise observance du traitement médicamenteux puisque le magnésium n'est

plus remboursé par la sécurité sociale ou alternatif car les femmes ne vont effectuer qu'une seule séance d'acupuncture ou d'ostéopathie au vu du coût.

Le seul moyen pour lutter contre cet écueil est la prescription par les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens, mais qui n'est pas autorisée pour les sages-femmes.

En ce qui concerne les médecins ostéopathes, les séances coûtent en moyenne 50 euros et la sécurité sociale rembourse sur la base d'une consultation d'un médecin généraliste consultation (23 euros). Cette tarification n'est pas applicable aux ostéopathes non médecins.

Ce problème se pose moins pour l'acupuncture qui est pratiquée par des médecins et de plus en plus de sages-femmes.

3.3 La place de la sage-femme

La sage-femme a toute sa place dans la prévention et la prise en charge thérapeutique des douleurs de la ceinture pelvienne.

La prévention passe par la transmission à toutes les femmes enceintes, de conseils ergonomiques à effectuer au quotidien, au moment d'une consultation et d'autant plus lors de l'entretien prénatal.

La ceinture de maintien peut être prescrite aux femmes plus à risque de souffrir de douleurs pelviennes pour éviter d'emblée une mobilisation articulaire délétère.

La prise en charge thérapeutique de la douleur passe par tout ce que les sages-femmes peuvent proposer aux femmes :

- Les thérapeutiques médicamenteuses usuelles prescrites par la sage-femme ;
- Concernant les médecines alternatives, les formations complémentaires permettent aux sages-femmes d'accéder aux diplômes d'acupuncture et d'ostéopathie ;
- De même, pour les cours de PNP la diversification des méthodes proposées (le yoga, la relaxation, la sophrologie, la piscine) vont offrir une véritable prise en charge adaptée et optimale.

Ainsi, la sage-femme peut être une actrice privilégiée dans le domaine de la prise en charge de la douleur de la femme enceinte.

CONCLUSION

Le syndrome de Lacomme se traduit par des algies atteignant la globalité de la ceinture pelvienne. Il en existe une multiplicité de formes : complète ou incomplète, bilatérale ou unilatérale, à localisation pelvienne antérieure, postérieure ou mixte.

De par notre étude, nous avons pu mettre en avant la fréquence considérable des femmes enceintes touchées par cette symptomatologie et son apparition précoce, au début du deuxième trimestre de la grossesse. Les algies se poursuivent et s'intensifient la plupart du temps jusqu'à la fin de la grossesse, provoquant une altération notable de la qualité de vie et du vécu de la grossesse.

Par ailleurs, les résultats de notre enquête démontrent une méconnaissance des tests cliniques diagnostiques induisant probablement un sous-diagnostic du syndrome de Lacomme.

Toutefois, les femmes décrivant des algies de la ceinture pelvienne ont autant bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse qu'alternative.

Contrairement à notre hypothèse de départ, les thérapeutiques alternatives sont conseillées par les professionnels de santé, même si une meilleure éducation thérapeutique semble être réclamée par les patientes.

Dans notre échantillon, les médecines alternatives montrent une meilleure efficacité comparées au magnésium, confirmant qu'elles sont une entité à part entière dans la prise en charge et non une simple option.

Dans l'optique d'une amélioration de l'éducation thérapeutique des patientes, il paraît indispensable de perfectionner les connaissances des professionnels de santé sur le syndrome de Lacomme, notamment sur les conseils de prévention et les différentes thérapeutiques existantes.

Le développement de nouvelles méthodes de préparation à la naissance vont aussi permettre aux femmes d'aborder la fin de leur grossesse avec sérénité.

Ses propositions s'inscrivent parfaitement dans la formation initiale et continue des sages-femmes. Pour autant, il paraît également judicieux de les étendre aux autres professions de santé participant au suivi des femmes enceintes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rocher J-P. Le syndrome de Lacomme. Médecine, Toulouse, 1998.
- [2] Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Reproductive hormones and aminoterminal propeptide of type III procollagen in serum as early markers of pelvic pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ; 180 : 128–34.
- [3] Kanakaris N K, Roberts C S, Giannoudis P V. Pregnancy-related pelvic girdle pain : an update. *BMC Medicine* 2011 ; 9 : 15p.
- [4] Vleeming A, Albert H B, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal* 2008 ; 17 : 794-819.
- [5] Albert H B, Godskesen M, Westergaard J G. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine* 2002 ; 27 : 2831-34.
- [6] Timsit M-A. Syndromes douloureux pelviens (rhumatologiques) au cours de la grossesse. *Revue du Rhumatisme* 2005 ; 72 : 715-718.
- [7] Hérisson C, Lopez S. Grossesse et appareil locomoteur. Masson, Paris, 1998, 165p.
- [8] Waynberger S, Potin J, Chevillot M, Perrotin F. Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse : le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. *Revue du Rhumatisme* 2005 ; 72 : 681-685.
- [9] Koeger AC. Rhumatologie et grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, Elsevier 1998 ; 7-0850 : 6 p.
- [10] Venditelli F. Syndrome douloureux abdominal-pelvien pouvant motiver une consultation en urgence au cours d'une grossesse (196). *Corpus Médical - Faculté de médecine de Grenoble*. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>, 23 mai 2012.
- [11] Cottant E. Les tests de provocation de la douleur de l'articulation sacro-iliaque. www.kine-nancy.eu/images/article/bisjMwSU.pdf, 10 octobre 2012.

[12] CRAT. Anti-inflammatoires non stéroïdiens et grossesse, mise à jour du 5 juillet 2011. www.CRAT.fr, le 30 septembre 2012.

[13] CRAT. Comment traiter la douleur pendant la grossesse, mise à jour du 29 novembre 2011. www.CRAT.fr, le 30 septembre 2012.

[14] De Gasquet B. Bien-être et maternité. Albin Michel, Paris, 2009.

[15] Xhardez Y. Vade-mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle. Maloine, Paris, 2002.

[16] Stephan J M. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux. La revue Sage-Femme 2010 ; 9 : 93-97.

[17] Stephan J M. Acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux dans les nausées et le syndrome de Lacomme. Acupuncture et Moxibustion 2009 ; 8 : 86-93.

[18] Still AT. Ostéopathie, Recherche et Pratique. Sully, Clamecy, 2001, 314p.

[19] Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie Tome 1 et 2. Sully, Clamecy, 2002, 319p.

[20] Le Corre F, Judet H. Traitements non médicamenteux des douleurs vertébrales de l'adulte. Maloine, Paris, 1986, 291p.

[21] Albert H B, Godskesen M, Korsholm L, Westergaard JG. Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. Acta Obstet Gynecol Scand 2006 ; 85 : 539-44.

[22] Bastiaanssen JM, de Bie RA, Bastiaenen CH, Essed GG, van den Brandt PA. A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005 ; 120 : 3-14.

[23] Euréka Santé. Xanax. <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-oxanax01-XANAX.html>, le 10 mars 2013.

[24] Wu WH, Meijer OG, Bruijn SM, Hu H, van Dieen JH et al. Gait in pregnancy-related pelvic girdle pain: amplitudes, timing, and coordination of horizontal trunk rotations. *Eur Spine J* 2008 ; 17: 1160-1169.

[25] Timsit M-A. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2004 ; 32 : 420-26.

[26] ACPWH. Pregnancy-related pelvic girdle pain. <http://acpwh.csp.org.uk/>, le 22 septembre 2012.

[27] Kristiansson P, Svärdsudd K, von Schoultz B. Back pain during pregnancy. A prospective study. *Spine* 1996 ; 6 : 702-9.

[28] Pennick V, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *The Cochrane collaboration* 2008 ; Issue 4 : 31 p.

[29] Elden H, Ostgaard H C, Glantz A, Marciniak P, Linnér A C, Olsén M F. Effects of craniosacral therapy as adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: a multicenter, single blind, randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 : 382-90.

[30] Kihlstand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 ; 78 : 180-185.

[31] L'Assurance Maladie. La maternité. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite.php>, le 15 février 2013.

[32] Article R.4321-2 du code de la santé publique

ANNEXES

ANNEXE I : Les questionnaires

QUESTIONNAIRE N°1 (À remplir entre 22 et 28 SA)

Bonjour,

Je m'appelle Elsa Barré, je suis actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sages-femmes du CHU de Caen.

*Je réalise mon mémoire de fin d'études sur les **douleurs ligamentaires et le syndrome de Lacomme (syndrome ostéo-musculo-articulaire)** pendant la grossesse.*

*Pour mon étude, j'ai besoin de votre témoignage sur ce sujet. L'objectif de ce travail est de tenter de **mieux diagnostiquer ces douleurs** et **d'améliorer leur prise en charge** par les professionnels de santé.*

Pour atteindre cet objectif, j'ai besoin de collecter des résultats précis et donc, je vous sou mets ces 2 questionnaires qui seront à remplir au terme indiqué sur chacun d'eux. Je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez à répondre aux questions posées.

Vous comprendrez aisément qu'il est indispensable pour moi de connaître votre identité afin de pouvoir consulter votre dossier médical. Mais il est évident que l'anonymat sera respecté à tout moment et votre identité connue de moi seule.

Veillez croire, Madame, à l'expression de mes sincères salutations.

Elsa Barré.

Confidentiel : NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Généralités

Vous concernant

- ✓ Votre âge :
- ✓ Votre taille :
- ✓ Votre poids avant la grossesse:

- ✓ Votre origine ethnique :
 - ◇ Europe Centrale
 - ◇ Europe de l'Est
 - ◇ Amérique du Nord
 - ◇ Amérique centrale
 - ◇ Amérique du Sud
 - ◇ Afrique du Nord
 - ◇ Afrique du Sud
 - ◇ Asie du Nord
 - ◇ Asie du Sud
 - ◇ Océanie

- ✓ Votre situation familiale :
 - ◇ Mariée / Pacsée
 - ◇ En concubinage
 - ◇ Célibataire

- ✓ Votre niveau d'études :
 - ◇ Jamais scolarisée
 - ◇ Sans diplôme
 - ◇ BEPC
 - ◇ Bac
 - ◇ Bac +
 - ◇ Autre, précisez :

- ✓ Exercez-vous une activité professionnelle ?
 - ◇ Oui, votre profession en clair :
 - ◇ Au chômage
 - ◇ Etudiante
 - ◇ Sans activité professionnelle

- ✓ Dans votre travail, vous êtes :
 - ◇ Le plus souvent assise
 - ◇ Le plus souvent debout
 - ◇ En mouvement
 - ◇ A porter des charges lourdes

- ✓ Combien de temps passez-vous en voiture par jour ? _____

- ✓ Faisiez-vous du sport avant la grossesse ?
 - ◇ Oui, le(s)quel(s) ? _____
 - ◇ Non

Votre conjoint

- ✓ Son âge :
- ✓ Son origine ethnique, en clair :
- ✓ Son niveau d'études :
- ✓ Exerce-t-il une activité professionnelle ?
 - ◇ Oui, sa profession en clair :
 - ◇ Au chômage
 - ◇ Etudiant
 - ◇ Sans activité professionnelle

- ✓ Participe-t-il aux tâches ménagères (les courses, le ménage, les enfants) ?
 - ◇ Toujours / Tous les jours
 - ◇ Souvent / Un fois sur deux
 - ◇ Rarement / De temps en temps
 - ◇ Jamais

Vos antécédents

- Dans votre famille, avez-vous connaissance de pathologies ostéo-articulaires ?
 - ◇ Sciatique
 - ◇ Hernie discale
 - ◇ Arthrose
 - ◇ Polyarthrite rhumatoïde
 - ◇ Spondylarthrite ankylosante
 - ◇ Autre, précisez :

Médicaux

- Souffrez-vous d'une de ces pathologies ?
 - ◇ Oui, laquelle ? _____
 - ◇ Non
 - ◇ Autre, en clair : _____
- Suivez-vous un traitement particulier ?
 - ◇ Oui, lequel ? _____
 - ◇ Non
- Etes-vous touchée par une hyperlaxité ligamentaire (sujette aux entorses, tendinites, luxation, syndrome du canal carpien, douleurs articulaires...) ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non
- Avez-vous la notion de carence en :
 - ◇ Calcium
 - ◇ Potassium
 - ◇ Ne sais pas
- Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de dos à type de déformations ou douleurs ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non
- Souffrez-vous de troubles de la circulation veineuse (jambes lourdes, phlébite, embolie) ?
 - ◇ Oui, quel type ? _____
 - ◇ Non

Chirurgicaux

Concernant votre dos et/ou votre bassin

- Avez-vous déjà été victime d'un accident de la voie publique, d'une chute laissant des séquelles ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non
- Avez-vous déjà subi une intervention ?
 - ◇ Oui, pourquoi ? _____
 - ◇ Non

Obstétricaux

- Nombre de grossesses avant celle-ci :
- Accouchement par :
 - ◇ voie basse (naturelle)
 - ◇ césarienne
 - ◇ voie basse et césarienne
- Nombre d'enfants :
- Age des enfants :
- Lors de vos précédentes grossesses, avez-vous déjà souffert de douleurs ligamentaires ou ostéo-musculo-articulaires (Syndrome de Lacomme) ?
 - ◇ Oui, à quel terme ? _____
décrivez vos symptômes : _____
 - ◇ Non
- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge pour ces douleurs ?
 - ◇ Oui, laquelle ? _____
 - ◇ Non

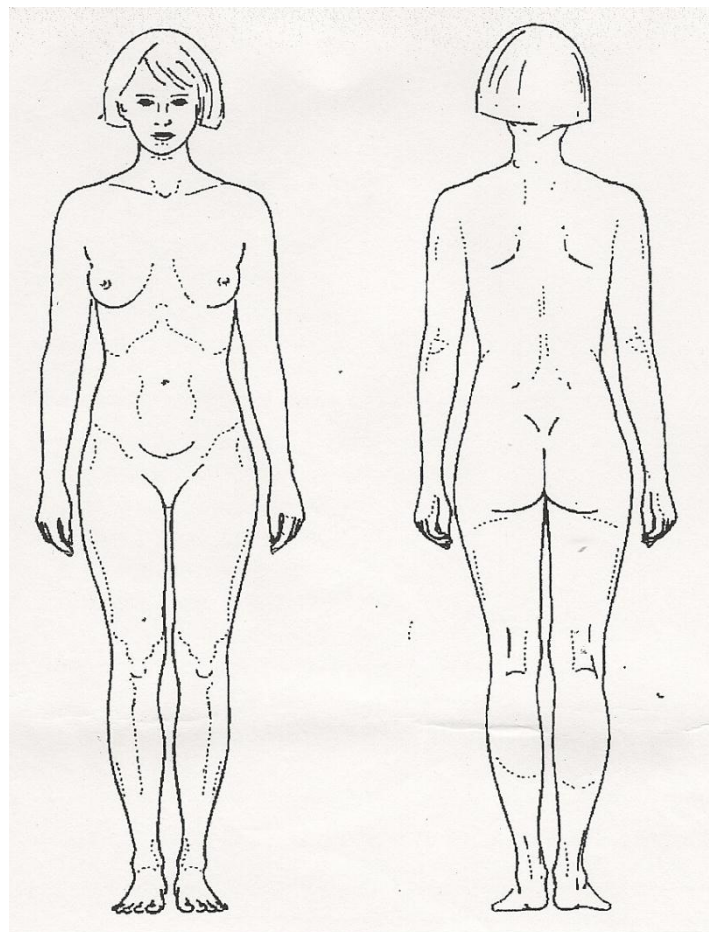
Gynécologiques

- Etes-vous porteuse :
 - ◇ D'un fibrome utérin
 - ◇ D'un kyste de l'ovaire
 - ◇ D'endométriose
- Vos règles sont-elles douloureuses ?
 - ◇ Toujours
 - ◇ Souvent
 - ◇ Parfois
 - ◇ Jamais

Votre grossesse actuelle

- A quel terme êtes-vous ? _____ mois ou _____ semaines
- Date de début de la grossesse : ___ / ___ / ____
- Quelle est votre prise de poids depuis le début de la grossesse ? _____ kgs
- Avez-vous des œdèmes (mains, visages, jambes, pieds) ?
 - ◇ Oui, précisez la localisation :
 - ◇ Non
- Souffrez-vous de :
 - ◇ Crampes
 - ◇ Fourmillements dans les mains
- Avez-vous pratiqué ou pratiquez-vous une activité sportive pendant la grossesse ?
 - ◇ Oui, laquelle ? _____
A quelle fréquence ? _____
 - ◇ Non
- Depuis le début de la grossesse, ressentez-vous des douleurs ?
 - ◇ Oui, depuis quel terme ? _____
 - ◇ Non
- De quelle manière sont-elles apparues ?
 - ◇ Brutale (chute, repos, activité,...), précisez :
 - ◇ Progressive

- *Au cours du temps, sont-elles :*
 - ◊ *Stables*
 - ◊ *En amélioration :* - avec traitement ◊
- sans traitement ◊
 - ◊ *En augmentation*
- *Comment évolue l'intensité des douleurs au cours de la journée :*
(repos, activité, changement de position)
 - ◊ *Elle est constante*
 - ◊ *Elle augmente, quand ?* _____
 - ◊ *Elle diminue, quand ?* _____
- *Localisez les zones douloureuses en les hachurant sur le schéma :*



- *Décrivez avec précision vos douleurs (pesanteur, tiraillement, décharges électriques, douleurs à type de sciatique) :*

- *A combien évaluez-vous votre douleur sans traitement ? (entourer la note vous correspondant sachant que 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)*

0 ----- 1 ----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- > 10

- Ces douleurs ont –elles permis de faire le diagnostic :
 - ◊ De contractions utérines
 - ◊ D'une infection urinaire
 - ◊ D'une pyélonéphrite
 - ◊ D'une appendicite
 - ◊ D'une cholécystite
 - ◊ D'une lombosciatique

- Epreuvez-vous une gêne dans la vie quotidienne pour :
 - ◊ Dormir
 - ◊ Changer de position, lesquelles :
 - ◊ Marcher, vous déplacer
 - ◊ Montée les escaliers
 - ◊ Votre sexualité
 - ◊ Autre, précisez :

- A combien estimez-vous votre degré d'invalidité ?
 - combien de temps pouvez-vous marcher avant de vous arrêter : ___ minutes
 - combien de marches/d'étages pouvez-vous monter : ___

- Est-ce que ces douleurs ont modifié le vécu de votre grossesse ?
 - ◊ Oui, en quoi/comment ? _____
 - _____
 - ◊ Non

- Estimez-vous que cela fasse partie des « petits maux » normaux de la grossesse ?
 - ◊ Oui
 - ◊ Non

- Ces douleurs vous inquiètent-elles ?
 - ◊ Oui
 - ◊ Non

- Votre entourage trouve-t-il cela normal ?
 - ◊ Oui
 - ◊ Non

- Ces douleurs sont-elles prises en compte par votre entourage ?
 - ◊ Oui (aide dans les tâches ménagères courantes, pour l'habillement, les courses, s'occuper des enfants)
 - ◊ Non

La prise en charge

- A qui avez-vous parlé de vos douleurs ?
 - ◊ Médecin traitant
 - ◊ Sage-femme
 - ◊ Gynécologue-Obstétricien
 - ◊ Autre, précisez :

- Quel diagnostic a été posé sur vos douleurs ?
 - ◊ Oui, lequel : _____
 - ◊ Non

- Est-ce que le professionnel vous a :
 - ◊ Interrogée sur vos douleurs
 - ◊ Examinée au niveau des zones douloureuses

- ◇ Prescrit des examens complémentaires (radiographie/échographie)
- ◇ Autre, précisez :

- Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail suite à ces douleurs ?
 - ◇ Oui, de quelle durée ? _____
 - ◇ Non
- Un traitement (médicaments, compléments alimentaires) vous a-t-il été prescrit ?
 - ◇ Oui, lequel (dose, durée) ? _____
 - ◇ Non
- L'avez-vous suivi ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non, pourquoi ? _____
- Quelle est la nouvelle cotation de votre douleur avec ce traitement ?
 0 ----- 1----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- > 10
- Vous a-t-on conseillé une autre prise en charge de vos douleurs ?
 - ◇ Oui
 - ◇ Non
- Où avez-vous eu connaissance de ces autres moyens de prise en charge ?
 - ◇ Médecin traitant
 - ◇ Sage-femme
 - ◇ Gynécologue-Obstétricien
 - ◇ Personnes de votre entourage
 - ◇ Revues/Magazines
 - ◇ Télévision
 - ◇ Internet
- Si vous avez décidé d'en bénéficier, le(s)quel(s) avez-vous choisi ?

	Oui	Non, pourquoi ?
Kinésithérapie/Massages		
Relaxation		
Hydrothérapie (Piscine)		
Acupuncture		
Ostéopathie		<ul style="list-style-type: none"> ◇ Le coût ◇ Je n'ai pas de référence/contact ◇ J'ai peur pour ma grossesse ◇ Je ne crois pas en cette médecine ◇ Autre raison :
Ceinture de grossesse		
Autre(s), précisez		

- Avez-vous été soulagée par ce type de prise en charge ? ◇ Oui
◇ Non
- Prenez-vous un traitement médicamenteux associé ?
 - ◇ Oui, lequel ? _____
 - ◇ Non
- Evaluation de votre douleur après cette prise en charge :
 0 ----- 1----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 -----> 10
- Vous a-t-on donné des conseils pour prévenir/mieux gérer ces douleurs ?
 - ◇ Oui, qui ? _____
 A quel moment de la grossesse ? _____
 - ◇ Non

Le bilan

- La prise en charge de votre douleur a-t-elle évolué jusqu'à maintenant ?
 - ◇ Oui, décrivez : _____

 - ◇ Non
- Considérez-vous votre prise en charge par les professionnels de santé :
 - ◇ Très satisfaisante
 - ◇ Satisfaisante
 - ◇ Peu satisfaisante
 - ◇ Pas du tout satisfaisante
- Quelle aurait été pour vous la meilleure prise en charge ?

Veillez remettre le questionnaire au médecin ou à la sage-femme que vous consultez ou à l'accueil, dans la **pochette bleue** prévue à cet effet.

Je vous remercie pour votre participation.

Mémoire sur les douleurs ligamentaires et le syndrome de Lacomme

QUESTIONNAIRE N°2

(À remplir à l'échographie du 3^{ème} trimestre = 7-8^{ème} mois)

Confidentiel : NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Généralités

Vous concernant

- ✓ *Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?*
 - ◇ *Oui, votre profession en clair :*
 - ◇ *Au chômage*
 - ◇ *En arrêt de travail*
 - ◇ *Etudiante*
 - ◇ *Sans activité professionnelle*

- ✓ *Dans votre travail, vous êtes :*
 - ◇ *Le plus souvent assise*
 - ◇ *Le plus souvent debout*
 - ◇ *En mouvement*
 - ◇ *A porter des charges lourdes*

- ✓ *Combien de temps passez-vous en voiture par jour ? -----*

Votre conjoint, actuellement

- ✓ *Exerce-t-il une activité professionnelle ?*
 - ◇ *Oui, sa profession en clair :*
 - ◇ *Au chômage*
 - ◇ *En arrêt de travail*
 - ◇ *Etudiant*
 - ◇ *Sans activité professionnelle*

- ✓ *Participe-t-il aux tâches ménagères (les courses, le ménage, les enfants) ?*
 - ◇ *Toujours / Tous les jours*
 - ◇ *Souvent / Un fois sur deux*
 - ◇ *Rarement / De temps en temps*
 - ◇ *Jamais*

Votre grossesse actuelle

- A quel terme êtes-vous ? _____ mois ou _____ semaines
- Date prévue de l'accouchement : ___ / ___ / ___

- Quelle est votre prise de poids depuis le début de la grossesse ? _____ kgs

- Avez-vous des œdèmes (mains, visages, jambes, pieds) ?
 - ◊ Oui, précisez la localisation :
 - ◊ Non

- Souffrez-vous de :
 - ◊ Crampes
 - ◊ Fourmillements dans les mains

- Avez-vous pratiqué ou pratiquez-vous une activité sportive pendant la grossesse ?
 - ◊ Oui, laquelle ? _____
 - A quelle fréquence ? _____
 - ◊ Non

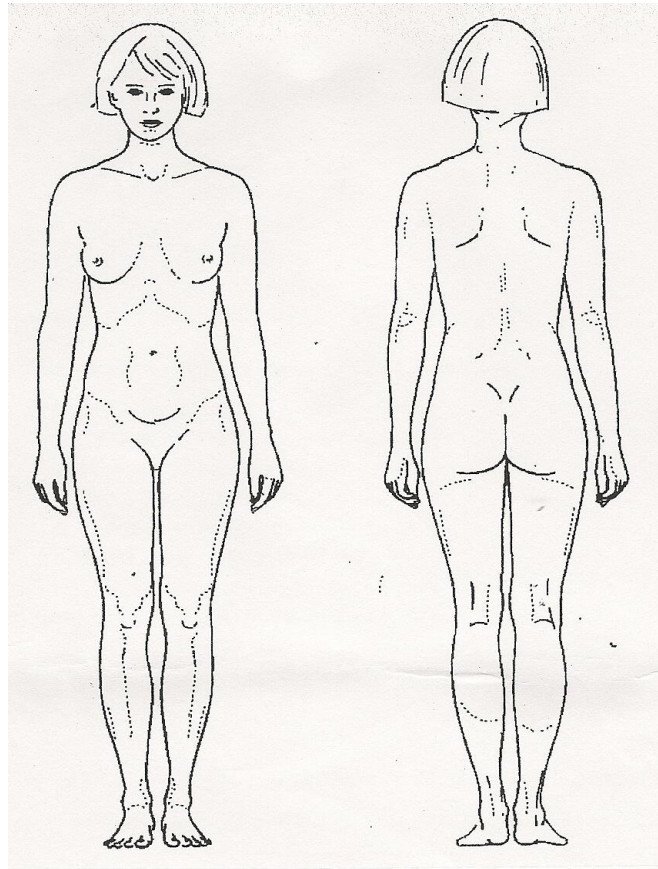
- Depuis le début de la grossesse, ressentez-vous des douleurs ?
 - ◊ Oui, depuis quel terme ? _____
 - ◊ Non

- De quelle manière sont-elles apparues ?
 - ◊ Brutale (chute, repos, activité,...), précisez :
 - ◊ Progressive

- Au cours du temps, sont-elles :
 - ◊ Stables
 - ◊ En amélioration : - avec traitement ◊
- sans traitement ◊
 - ◊ En augmentation

- Comment évolue l'intensité des douleurs au cours de la journée ?
(repos, activité, changement de position)
 - ◊ Elle est constante
 - ◊ Elle augmente, quand ? _____
 - ◊ Elle diminue, quand ? _____

- Localisez les zones douloureuses en les hachurant sur le schéma :



- Décrivez avec précision vos douleurs (pesanteur, tiraillement, décharges électriques, sciatalgies) :

- A combien évaluez-vous votre douleur sans traitement ? (entourer la note vous correspondant sachant que 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- > 10

- Ces douleurs ont – elles permis de faire le diagnostic :
 - ◊ De contractions utérines
 - ◊ D'une infection urinaire
 - ◊ D'une pyélonéphrite
 - ◊ D'une appendicite
 - ◊ D'une cholécystite
 - ◊ D'une lombosciatique

- *Eprouvez-vous une gêne dans la vie quotidienne pour :*
 - ◊ *Dormir*
 - ◊ *Changer de position, lesquelles ? _____*
 - ◊ *Marcher, vous déplacer*
 - ◊ *Montée les escaliers*
 - ◊ *Votre sexualité*
 - ◊ *Autre, précisez :*

- *A combien estimez-vous votre degré d'invalidité ?*
 - *combien de temps pouvez-vous marcher avant de vous arrêter ? ___ minutes*
 - *combien de marches/d'étages pouvez-vous monter ? ___*

- *Est-ce que ces douleurs ont modifié le vécu de votre grossesse ?*
 - ◊ *Oui, en quoi/comment ? _____*

 - ◊ *Non*

- *Estimez-vous que cela fait partie des « petits maux » normaux de la grossesse ?*
 - ◊ *Oui*
 - ◊ *Non*

- *Ces douleurs vous inquiètent-elles ?*
 - ◊ *Oui*
 - ◊ *Non*

- *Votre entourage trouve-t-il cela normal ?*
 - ◊ *Oui*
 - ◊ *Non*

- *Ces douleurs sont-elles prises en compte par votre entourage ?*
 - ◊ *Oui (aide dans les tâches ménagères courantes, pour l'habillement, les courses, s'occuper des enfants)*
 - ◊ *Non*

La prise en charge

- *A qui avez-vous parlé de vos douleurs ?*
 - ◊ *Médecin traitant*
 - ◊ *Sage-femme*
 - ◊ *Gynécologue-Obstétricien*
 - ◊ *Autre, précisez :*

- *Un diagnostic a-t-il été posé sur vos douleurs ?*
 - ◊ *Oui, lequel : _____*
 - ◊ *Non*

- *Est-ce que le professionnel vous a :*
 - ◊ *Interrogée sur vos douleurs*
 - ◊ *Examinée au niveau des zones douloureuses*
 - ◊ *Prescrit des examens complémentaires (radiographie/échographie)*
 - ◊ *Autre, précisez :*

- Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ? ◇ Oui, de quelle durée ? ____
◇ Non
- Un traitement (médicaments, compléments alimentaires) vous a-t-il été prescrit ?
◇ Oui, lequel (dose, durée) ? _____
◇ Non
- L'avez-vous suivi ? ◇ Oui
◇ Non, pourquoi ? _____
- Quelle est la nouvelle cotation de votre douleur avec ce traitement ?
0 ----- 1----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 -----> 10
- Vous a-t-on conseillé une autre prise en charge de vos douleurs ? ◇ Oui
◇ Non
- Où avez-vous eu connaissance de ces autres moyens de prise en charge ?
 - ◇ Médecin traitant
 - ◇ Sage-femme
 - ◇ Gynécologue-Obstétricien
 - ◇ Personnes de votre entourage
 - ◇ Revues/Magazines
 - ◇ Télévision
 - ◇ Internet
- Si vous avez décidé d'en bénéficier, le(s)quel(s) avez-vous choisi ?

	Oui	Non, pourquoi ?
Kinésithérapie/Massages		
Relaxation		
Hydrothérapie (Piscine)		
Acupuncture		
Ostéopathie		◇ Le coût ◇ Je n'ai pas de référence/contact ◇ J'ai peur pour ma grossesse ◇ Je ne crois pas en cette médecine ◇ Autre raison :
Ceinture de grossesse		
Autre(s), précisez		

- Avez-vous été soulagée par ce type de prise en charge ? ◇ Oui
◇ Non

- Prenez-vous un traitement médicamenteux associé ?
 - ◇ Oui, lequel ? _____
 - ◇ Non

- Evaluation de votre douleur après cette prise en charge :

0 ----- 1----- 2 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 -----> 10

- Avez-vous pris contact avec le centre antidouleur ? ◇ Oui
◇ Non

- Vous a-t-on donné des conseils pour prévenir/mieux gérer ces douleurs ?
 - ◇ Oui, qui ? _____
A quel moment de la grossesse ? _____
 - ◇ Non

Le bilan

- La prise en charge de votre douleur a-t-elle évolué au cours de la grossesse ?
 - ◇ Oui, décrivez : _____

 - ◇ Non

- Considérez-vous votre prise en charge par les professionnels de santé :
 - ◇ Très satisfaisante
 - ◇ Satisfaisante
 - ◇ Peu satisfaisante
 - ◇ Pas du tout satisfaisante

- Quelle aurait été pour vous la meilleure prise en charge ?

Veillez le remettre au médecin que vous consultez ou à l'accueil, dans la **pochette bleue** prévue à cet effet.

Merci beaucoup.

ANNEXE II : Classification de l'indice de masse corporelle

Extrait de l'Organisation Mondiale de la Santé

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201110/annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf

Classification de l'IMC	IMC en kg/m²
Poids insuffisant	< 18,5
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité de classe I	30-34,9
Obésité de classe II	35-39,9
Obésité de classe III	≥ 40

ANNEXE III : Base de l'entretien avec les professionnels de santé

- *Vous êtes de sexe :*
 - ◇ *Féminin*
 - ◇ *Masculin*

- *Votre profession :*
 - ◇ *Médecin traitant*
 - ◇ *Sage-femme :*
 - ◇ *Hospitalière/en clinique privée*
 - ◇ *Libérale*
 - ◇ *En PMI*
 - ◇ *Gynécologue-Obstétricien*

- *Depuis combien de temps êtes-vous en exercice ?*
 - ◇ *< 5 ans*
 - ◇ *Entre 5 et 10 ans*
 - ◇ *Entre 10 et 20 ans*
 - ◇ *> 20 ans*

- *A quelle fréquence, en moyenne, assurez-vous le suivi des femmes enceintes ?*
 - ◇ *Quotidiennement*
 - ◇ *Hebdomadairement*
 - ◇ *Mensuellement*
 - ◇ *Jamais*

- *Connaissez-vous le syndrome de Lacomme ?*
 - ◇ *Oui*
 - ◇ *Non*

- *Si oui, comment le définiriez-vous en quelques mots ?*

- *Avez-vous déjà rencontré des femmes souffrant de ce syndrome ?*
 - ◇ *Oui*
 - ◇ *Non*

- *Si oui, de quelle manière le diagnostiquez-vous ?*
 - ◇ *Interrogatoire*
 - ◇ *Examen gynécologique combiné à des tests cliniques*
 - ◇ *Examens complémentaires, précisez le(s)quel(s) :*

- *Le diagnostic du syndrome de Lacomme vous paraît-il :*
 - ◇ *Très facile*
 - ◇ *Facile*
 - ◇ *Assez difficile*
 - ◇ *Difficile*

- *Proposez-vous une prise en charge ?*
 - ◊ *Oui, laquelle ?*
 - ◊ *Antalgiques*
 - ◊ *Compléments alimentaires*
 - ◊ *Repos*
 - ◊ *Ceinture de grossesse*
 - ◊ *Injection de corticoïdes ou d'un anesthésique local*
 - ◊ *Kinésithérapie / Massages*
 - ◊ *Relaxation*
 - ◊ *Hydrothérapie*
 - ◊ *Acupuncture*
 - ◊ *Ostéopathie*
 - ◊ *Autre, précisez :*
 - ◊ *Non, pourquoi ?*
- *Proposez-vous une consultation chez un spécialiste ?*
 - ◊ *Oui, lequel ? _____*
 - ◊ *Non*
- *Votre prise en charge diffère-t-elle :*
 - ◊ *D'une patiente à l'autre*
 - ◊ *Selon le terme de la grossesse*
 - ◊ *Selon le type de symptômes*
 - ◊ *Selon la sévérité des symptômes*
- *Comment qualifieriez-vous la prise en charge de ces douleurs ?*
 - ◊ *Très satisfaisante*
 - ◊ *Satisfaisante*
 - ◊ *Peu satisfaisante*
 - ◊ *Pas du tout satisfaisante*
- *Etes-vous souvent amené à faire appel à un autre praticien spécialiste ?*
 - ◊ *Oui, lequel ? _____*
 - ◊ *Non*
- *Ressentiriez-vous la nécessité d'une formation complémentaire ?*
 - ◊ *Oui, dans quel but ?*
 - ◊ *Non*
- *Remarques sur le questionnaire ou le sujet.*

Le syndrome de Lacomme fait partie des « petits maux » de la grossesse. Il est fréquent, d'apparition précoce, douloureux et couramment invalidant.

Dans ce mémoire, une étude prospective réalisée à la Polyclinique du Parc et au CHU de Caen a mis en évidence un sous-diagnostic de cette symptomatologie n'entravant pas la prise en charge et le soulagement des douleurs des femmes, majoritairement grâce aux thérapeutiques alternatives. Mais, beaucoup regrettent le manque d'informations concernant ces alternatives et désirent une prise en charge plus adaptée.

Il est nécessaire d'informer les médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur la prévention, les tests diagnostiques et les différentes thérapeutiques.

Mots clés : Lacomme, grossesse, douleur, diagnostic, prise en charge, médecines alternatives

Titre : Le Syndrome de Lacomme : quelle prise en charge ?

Among "small troubles" of pregnancy, there is the "pregnancy-related pelvic girdle pain".

It is frequent, painful and usually invalidating and it appears prematurely.

In this report, a forward-looking study realized in the "Polyclinique du Parc" and in the College Hospital of Caen highlighted a sub-diagnosis of this symptomatology without hindering the care and the relief of the pregnant's pelvic pain, mainly thanks to alternative therapeutics. But, many women deplore the lack of information concerning these alternatives and would like a more adapted care. There is a need to inform and advise the general practitioners, the midwives and the gynecologists-obstetricians about the current prevention, diagnostic tests and various therapeutics.

Keywords : Pelvic girgle pain, pregnancy, pain, diagnosis, care, alternative therapeutics

Title : What care for the pregnancy-related pelvic girdle pain ?

Barré Elsa

Ecole de sages-femmes de Caen

Promotion 2009-2013